Îngrijiri prenatale

Centrul National de Studii pentru Medicina Familiei

Îngrijiri prenatale în sarcina cu risc scăzut. Ghid de practică pentru medicul de familie

Colectia
Ghiduri de practică pentru medicii de familie

2005

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 1

ÎNGRIJIRI PRENATALE DE RUTINĂ ÎN SARCINA CU RISC SCĂZUT

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 2

Dezvoltarea acestor ghiduri de practică a fost posibilă datorită cooperării de peste 12 ani cu organizația olandeză Improving Quality of Health Care in Romania și a susținerii financiare oferită de Ministerul Afacerilor Externe din Olanda, prin programul MATRA.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 3

ÎNGRIJIRI PRENATALE DE RUTINĂ ÎN SARCINA CU RISC SCĂZUT. GHID DE PRACTICĂ PENTRU MEDICII DE FAMILIE

Colecția „Ghiduri de practică pentru medicii de familie“
Editura Infomedica / 2005

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 5

PREFAȚĂ

DE CE AU NEVOIE DE GHIDURI MEDICII DE FAMILIE?

Răspunsul la această întrebare este clar și limpede: pentru a oferi și asigura îngrijiri de înaltă calitate profesională pacienților lor.

Ghidurile de practică sunt recomandări pentru diagnosticarea, monitorizarea și tratarea bolilor și acuzelor pacienților. Recomandările se bazează pe studiul celor mai recente publicații științifice. O analiză atentă a acestor resurse relevă ce acțiuni de diagnosticare, terapie sau prevenție s-au dovedit a fi cele mai eficiente în activitatea medicului de familie. La prima vedere poate părea foarte ușor să scrii ghiduri. Nu este de loc așa. Medici de familie cu experiență studiază literatura științifică după o anumită metodologie, evaluează critic articolele aferente subiectului și fac o selecție adecvată a acestora. De ce medici de familie?

Pentru că numai ei știu circumstanțele în care lucrează medicul de familie. Aceste circumstanțe sunt deosebit de importante în realizarea unui ghid pe care ei înșiși îl vor aplica. Faptul că medicii de familie își elaborează propriile ghiduri folosind în acest scop metodologia europeană și adaptând recomandările experienței și activităților lor, nu poate duce decât la creșterea calității serviciilor oferite de aceștia pacienților. Ghidurile nu pot fi copiate după cele ale altor tari. Ele reflectă

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 6

adevăruri ştiinţifice adaptate experienţei medicilor din ţara unde îşi desfăşoară activitatea. Acest lucru le conferă valoare şi duce la dobândirea de înaltă expertiză calificată. Cea mai buna formulă este ca fiecare tară să-şi producă propriile ghiduri, în propria specialitate. Conţinutul ghidurilor ţine seama de aspecte ca: funcţionarea şi funcţionalitatea sistemului de sănătate, rolul medicului de familie în sistem, diviziunea atribuţiilor între ceilalţi specialişti şi medicul de familie etc.

Dupa elaborarea ghidurilor conform celor de mai sus, pasul următor cel mai important este implementarea acestora în cabinetele medicilor de familie. În acest moment ne aflăm acum.

Medicii de familie au nevoie de instruire în aplicarea ghidurilor. Aplicarea poate avea succes numai când medicul a înţeles foarte bine motivaţia pe care se bazează ghidurile. Numai înţelegând corect menirea acestora, medicul de familie le va folosi constructiv şi în scopul pentru care au fost create.

Un ghid este de fapt o informaţie data medicului care are datoria să o folosească inteligent. Înţeleg prin aceasta că în anumite situaţii medicul va reflecta, va analiza atent şi va hotărâ în ce cazuri nu va urma recomandările ghidului. Alegerea sa va fi bazată pe consideraţii formulate cu argumente bine motivate. Pe scurt spus, ghidurile îl ajută pe medicul de familie să afle care este cel mai bun mod, bazat pe dovezi, de a trata o problemă în practica lui.

Întrucât dezvoltarea ştiinţifică este într-o continuă efervescenţă şi pentru că circumstanţele în care medicii de familie îşi desfăşoară activitatea se pot schimba, ghidurile trebuie revizuite în mod regulat.

Este o misiune pe care medicii de familie trebuie să o îndeplinească în viitor, odată ce au pornit la acest demers care le-a oferit experienţa şi i-a făcut să înţeleagă valoarea şi importanţa lucrului bine făcut.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 7

Mă refer mai sus la medicii care au lucrat sub coordonarea intensivă și inspirată a Centrului Național de Studii pentru Medicina Familiei (CNSMF), reușind astfel să realizeze un mare pas inainte privind calitatea în MF. Este un pas pe care asistența primară din România îl face către calitate.

Îmi manifest speranța că decidenții din sistemul de sănătate românesc vor recunoaște acest lucru și vor susține derularea activităților CNSMF pentru dezvoltarea medicinei de familie din România.

Doresc să-mi exprim respectul față de membrii și colaboratorii CNSMF care au parcurs treaptă cu treaptă etapele muncii atât de laborioase de creare a ghidurilor, cu multă pasiune și dăruire.

Cu deosebită considerație,

Dr. Jan van Es

PROFESOR EMERIT DE MEDICINA FAMILIEI, OLANDA

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 8

PARTICIPANȚII LA REALIZAREA GHIDULUI

A. GRUPUL DE ELABORARE

Dr. Iuliana Popa, medic primar medicina familiei, Iași
Dr. Doina Bunescu, medic primar medicina familiei, Iași
Dr. Aurel Condrea, medic primar medicina familiei, Iași
Dr. Iuliana Picioreanu, medic specialist medicina familiei, comuna Holboca, județul Iași
Dr. Dana Ștefana Popescu, medic specialist medicina familiei, comuna. Deleni, județul Iași
Dr. Adina Zmeu, medic primar medicina familiei, Iași
Dr. Anca Deleanu, medic primar medicina familiei, Iași
Dr. Liviu Oprea, medic primar medicina familiei, Iași
Dr. Cristina Alina Asaftei, medic rezident medicina familiei, Iași

B. EXPERȚI INTERNAȚIONALI

Prof. Dr. Jan van Es - medic de familie, Profesor Emerit de Medicina Familiei, Olanda
Prof. Dr. T.B. Voorn - medic de familie, profesor de Medicina Familiei, Universitatea de Medicina Utrecht, Olanda
Prof. Dr.Victor Dubois - medic de familie, profesor de Medicina Familiei, Universitatea de Medicina Maastricht, Olanda
Dr. G.M. van der Weele - medic de familie, Colegiul Medicilor de Familie, Olanda

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 9

Dr. W.H. Eizenga - medic de familie, Colegiul Medicilor de Familie, Olanda

C. CONSULTANȚI

Dr. Iolanda Blidaru - medic ginecolog, Iasi
Dr. Mircea Ciucă - medic ginecolog, Bucuresti
Dr. Eugeniu Ilicea - șef catedra MF Facultatea de Medicina Constanța
Dr. Elvira Ilicea — medic de familie, Constanța
Dr. Alin Stănescu - Director Adj. Institutul de Ocrotire a Mamei și Copilului
Dr. Mihaela Târnoveanu - medic ginecolog, Iasi

C. REFERENȚI

Dr. Cristina Barbu, medic de familie
Dr. Gabriel Bănceanu, medic ginecolog
Dr. Doina Botezatu, medic ginecolog
Dr. Ștefan Buțureanu, medic ginecolog
Dr. Daniela Casariu, medic de familie
Dr. Otilia Casian, medic ginecolog
Dr. Cătălin-Iulian Chiurciu, medic de familie
Dr. Gabriela Cojocaru, medic de familie
Dr. Gabriela Comișel, medic de familie
Dr. Tereza Franciuc, medic de familie
Dr. Vlad Gheorghița, medic ginecolog
Dr. Camelia Brânduța Iacob, medic de familie
Dr. Constantin Laurian Ioniță, medic ginecolog
Dr. Lucian Ivanuță, medic de familie
Dr. Cornelia Mălăcea, medic de familie
Dr. Daniela Mocanu, medic de familie

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 10

Dr. Lidya Moroșanu, medic de familie
Dr. Mirela Oniceanu, medic de familie
Dr. Irina Pescaru, medic de familie
Dr. Mihaela Pop, medic de familie
Dr. Doinița Rădulescu, medic de familie
Dr. Florentina Rechițeanu, medic de familie
Dr. Antoneta Smeu, medic de familie
Dr. Elena Beatrice Șerb, medic de familie
Dr. Cristina Tarsoagă, medic de familie
Dr. Anca Țapardea, medic de familie

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 11

MULȚUMIRI

CNSMF mulțumește pe această cale **D-lui Prof. Dr. Jan van Es**, profesor emerit de medicina familiei și echipei de experți din Olanda constituite din: **Prof. Dr. Victor Dubois**, profesor de medicina familiei, Universitatea Maastricht; **Prof.Dr. Theo Vorn**, profesor de medicina familiei Universitatea Utrecht, **Dr. Geerda van der Weele, Dr Wietze Eizenga**, membri ai Colegiului Medicilor de Familie din Olanda și personalului de la Universitățile din Maastricht și Utrecht, pentru sprijinul permanent acordat în documentarea și realizarea acestui ghid.

Mulțumim de asemenea Prof. Dr. **Frank Buntinx**, profesor de medicina familiei și epidemiologie de la Universitățile din Maastricht și Leuven, **Prof**. **Dr. Geert-Jan Dinant**, profesor de medicina familiei la Universitatea din Maastricht și **Drs**. **Marjan van den Akker** epidemiolog la Universitatea din Maastricht, pentru suportul permanent și eforturile de a împărtăși grupului cunoștințele preliminare necesare, din domeniul cercetării și medicinei bazate pe dovezi.

Mulțumim **tuturor medicilor** care au participat la dezbaterile din ședințele de consens și care au făcut posibilă realizarea acestui ghid.

Mulțumim **tuturor medicilor de alte specialitați și medicilor de familie** care au participat la revizuirea variantelor de lucru, contribuind la apariția unei ediții finale, sperăm, de utilitate pentru practica de zi cu zi a medicilor de familie.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 12

Multumim domnului **Dr. Alin Stanescu,** Director Adj. al Institutului de Ocrotire a Mamei și Copilului, pentru susținere și incurajare în elaborarea ghidului.

În final, dar nu în cele din urmă, mulțumiri membrilor **grupului de redactare** a ghidului și **familiilor acestora**, pentru efortul susținut și entuziasmul de care au dat dovadă pe parcursul celor 3 ani de pregătire și realizare a ghidului.

Mulțumiri Guvernului Olandez, susținător prin proiectul MATRA al programului Qualy-med al CNSMF și Ambasadei Olandei la București, al căror suport logistic, financiar și moral a fost esențial pentru ca acest proiect să prindă viață.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 13

LISTA DE ABREVIERI

ABO	sistem de grupe sanguine
ACOG	Colegiul medicilor obstetricieni și ginecologi americani
ADA	Asociația Americană de Diabet
AFP	alfafetoproteină
BCF	bătăile cordului fetal
Beta-hCG	fracțiunea beta a gonadotrofinei corionice umane
CT	tomografie computerizată
DG	diabet gestațional
DPN	data probabilă a nașterii
DSP	Direcția de Sănătate Publică
dT	bivaccin difterotetanic
DZ	diabet zaharat
Gr.I	gradul I
hCG	gonadotrofina corionică umană
HTA	hipertensiune arterială
HIV	virusul imunodeficienței umane
IMC	indice de masă corporală
ÎFU	înălțimea fundului uterin
KI	iodura de potasiu
KIO3	iodatul de potasiu
25 OHD	25-hidroxi vitamina D
ORL	otorinolaringologie
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
p.o.	per os
Săpt.	săptămâni
Rh	factor Rhesus
RMN	rezonanță magnetică nucleară
RPR	reacție serologică Rapid Plasma Reagin
TA	tensiunea arterială
TAD	tensiunea arterială diastolică
TAS	tensiunea arterială sistolică
TTGO	testul de toleranță la glucoză oral
TSH	hormonul de stimulare tiroidian
VDRL	reacție serologică Venereal Disease Research Laboratories
VTA	vaccin tetanic absorbit
VG	vârsta gestațională
WHO	Organizația Mondială a Sănătății

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 14

MESAJE-CHEIE

1. **Se recomandă un număr de 8 vizite prenatale.**

2. **Examenul genital la prima vizită este obligatoriu.**

3. **Pentru profilaxia defectelor de tub neural se recomandă administrarea a 400 µg acid folic pe zi începând cu o lună înaintea concepției și continuând pe perioada primului trimestru.**

4. **Se recomandă profilaxia anemiei feriprive cu 60 mg fier feros în administrare zilnică începând de la 16 săptămâni de sarcină.**

5. **Se recomandă două echografii de rutină:**
   – la 11-14 săptămâni (translucența nucală — screening pentru sindrom Down, sarcină multiplă, vârstă gestațională)
   – în săptămâna 18-22 pentru evaluarea morfologiei fetale.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 15

CUPRINS

1. INTRODUCERE
1.1. Definiție
1.2. Scopul ghidului
1.3. Cui se adresează ghidul
1.4. Forma de prezentare
1.5. Planificarea reviziei recomandărilor

2. METODOLOGIA REALIZĂRII GHIDULUI

3. IERARHIA DOVEZILOR

4. LISTA TABELELOR ȘI ANEXELOR

5. GHIDUL
5.1. Identificarea gravidelor cu risc scăzut — grupul-țintă al ghidului
5.2. Diagnosticul de sarcină
5.2.1.Importanța diagnosticului precoce
5.2.2.Criterii de diagnostic precoce
5.2.2.1.SIMPTOME ȘI SEMNE DE SARCINĂ
5.2.2.2.TESTUL DE SARCINĂ
5.3. Numărul de vizite prenatale
5.4. Anamneza în cadrul consultanței prenatale
5.4.1.Anamneza la prima consultație prenatală
5.4.2.Anamneza în trimestrul II și III de sarcină
5.5. Examenul clinic în cadrul consultanței prenatale
5.5.1.Examenul clinic în trimestrul I de sarcină
5.5.1.1.EXAMENUL CLINIC GENERAL
5.5.1.2.EXAMENUL GINECOLOGIC
5.5.2.Examenul clinic în trimestrul al II-lea de sarcină
5.5.3.Examenul clinic în trimestrul al III-lea de sarcină
5.5.4.Practici nerecomandate
5.5.4.1.PELVIMETRIA
5.5.4.2.TESTUL ROLL-OVER

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 16

5.6. Explorări de laborator în sarcina cu risc scăzut
5.6.1.La prima vizită
5.6.2.La vizitele ulterioare
5.6.3.Practici nerecomandate
5.7. Screeningul pentru sindromul Down
5.8. Ecografia în sarcina cu risc scăzut
5.9. Administrarea de rutină a suplimentelor
5.9.1. Prevenția defectului de tub neural prin administrarea acidului folic
5.9.2. Prevenirea anemiei în sarcină prin administrarea de rutină a fierului și acidului folic
5.9.3. Administrarea de rutină a calciului
5.9.4. Administrarea de rutină a vitaminei D
5.9.5. Administrarea de rutină a iodului
5.9.6. Practici nerecomandate
5.10. Imunizări la gravide
5.10.1. Vaccinarea antitetanică
5.10.2. Vaccinarea antigripală
5.10.3. Administrarea de imunoglobulină anti-D
5.11. Educația sanitară a gravidei
5.11.1. Probleme minore de disconfort în timpul sarcinii
5.11.2. Semne de alarmă ce impun prezentarea de urgență la medic
5.11.3. Semne de naștere ce impun internarea pentru asistența la naștere
5.11.4. Consumul de alcool
5.11.5. Fumatul
5.11.6. Consumul de droguri
5.11.7. Consumul de cafea
5.11.8. Alimentația
5.11.9. Activitatea fizică
5.11.10. Îmbrăcămintea
5.11.11. Locul de muncă
5.11.12. Legislația în vigoare
5.11.13. Violența domestică
5.11.14. Activitatea sexuală

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 17

5.11.15. Călătoriile
5.11.16. Alte sfaturi pentru femeia gravidă
5.11.17. Implicarea familiei și ajutorul la naștere
5.11.18. Alăptarea

6. IMPLEMENTARE șI CRITERII DE AUDIT CLINIC

7. GLOSAR DE TERMENI

8. ANEXE
ANEXA 1 Înălțimea fundului uterin după săptămâna de sarcină
ANEXA 2 Palparea obstetricală a abdomenului
ANEXA 3 Preparate cu administrare orală care conțin fier
ANEXA 4 Preparate cu administrare orală care conțin calciu
ANEXA 5 Educația sanitară a gravidei
ANEXA 6 Conținutul alimentelor în fier și calciu
ANEXA 7 Fișa gravidei-urmarire standard

9. BIBLIOGRAFIE

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 18

1. INTRODUCERE

1.1. DEFINIȚIE

Îngrijirile prenatale de rutină reprezintă ansamblul intervențiilor menite să asigure o evoluție optimă a sarcinii. Aceste intervenții constau în manevre de screening, profilaxie și consiliere care sunt oferite gravidei.

Îngrijirile medicale acordate gravidei și fătului ei de-a lungul sarcinii sunt esențiale pentru a surprinde precoce apariția oricăror circumstanțe care ar putea influența negativ evoluția sarcinii astfel încât acestea sa poată fi tratate și monitorizate.

Deoarece sarcina este o stare fiziologică, orice intervenție trebuie să fie dovedit eficientă și acceptabilă pentru femeia gravidă.

1.2. SCOPUL GHIDULUI

Scopul acestui ghid este de a oferi medicilor și gravidelor informații bazate pe dovezi științifice care să-i ajute să ia cele mai potrivite decizii privind îngrijirile prenatale de rutină acordate în sarcina cu risc scăzut.

Ghidul descrie îngrijirile necesare pe parcursul sarcinii pentru a preveni complicațiile și a scădea incidența mortalității materno-fetale.

În ultimii ani, studiile clinice au încercat să armonizeze conținutul asistenței prenatale cu eficiența acesteia în prevenirea complicațiilor feto-materne și cu satisfacția beneficiarilor.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 19

Exista date care arată că sistematizarea supravegherii prenatale a dus la scăderea morbidității și mortalității materne și perinatale. [1](III)

Aceasta se poate realiza prin elaborarea și implementarea unui ghid de practică de îngrijiri prenatale fundamentat pe dovezi științifice și care să fie ușor de folosit în practică. [2](III)

Un astfel de ghid trebuie să definească cea mai bună practică, să limiteze variațiile în oferta de asistență medicală și să recomande îngrijiri cost-eficiente care să satisfacă nevoile pacientelor. [1](III)

Pentru a putea fi implementat în practică, ghidul trebuie să furnizeze un rezumat al manevrelor, investigațiilor și recomandărilor care să ajute practicianul în utilizarea sa. De asemenea, este necesară și definirea clară a grupului țintă al ghidului. [3](III)

1.3. Cui se adresează ghidul

Ghidul de îngrijiri prenatale de rutină se adresează:
– medicilor de familie
– altor categorii de furnizori de servicii medicale care îngrijesc gravide cu risc scăzut
– decidenților din sistemul sanitar
– gravidelor cu risc scăzut

1.4. Forma de prezentare

Ghidul este disponibil în patru variante:

1.Varianta lungă, documentară care conține analiza critică a dovezilor cu recomandările aferente și instrumente practice de lucru

2.Varianta scurtă, de lucru care conține recomandările formulate și instrumente de lucru necesare practicii de zi cu zi

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 20

3.Varianta plastifiata — un algoritm de aplicare a recomandărilor în practică

4.Varianta pentru pacienți care explică pacienților, într-un limbaj accesibil, recomandările ghidului.

1.5. PLANIFICAREA REVIZIEI RECOMANDĂRILOR

Revizuirea documentelor care stau la baza alcătuirii acestui ghid va avea loc peste 3 ani. (2008). Este posibil ca procesul de revizuire să fie declanșat mai rapid dacă studii importante vor avea rezultate care impun schimbarea practicii actuale.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 21

2. METODOLOGIA REALIZĂRII GHIDULUI

Metodologia de elaborare a ghidurilor de practică în medicina de familie, în România, a fost preluată și adaptată după metodologiile organizațiilor internaționale specializate în elaborarea de ghiduri de practică (NICE, SIGN). Adaptarea s-a făcut prin consensul grupului de elaborare și cu sprijinul consultanților de la Universitatea din Maastricht și ai Colegiului Olandez al Medicilor de Familie.

Elaborarea ghidului s-a facut pe parcursul a 3 ani, timp in care au fost parcurse toate etapele descrise în varianta documentară a ghidului.

Ghidul formuleaza recomandări pentru o bună practică în medicina de familie, ca răspuns la cele mai importante probleme și întrebări pe care medicul de familie le întâlnește în practica sa de zi cu zi.

Întrebările formulate au stat la baza elaborării unei strategii de cautare sistematică a celor mai relevante articole din perioada 1973-2004, în bazele de date MEDLINE, Cochrane Library, Database of Reviews of Effectiveness (DARE), EMBASE. În situațiile în care nu s-au găsit articole publicate în acest interval care să răspundă intrebărilor de căutare, s-au căutat și luat în considerare articolele apărute după 1970.

Articolele găsite au fost triate dupa criterii de relevanța și validitate, după o analiză critică riguroasă. Concluziile articolelor considerate valide stau la baza formulării recomandărilor.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 22

Formularea recomandărilor a fost făcută în așa fel încât să existe o corespondență clară între recomandare (cuantificată prin puterea recomandării) și studiile pe baza cărora ele au fost formulate. Acolo unde la aceeași întrebare au existat concluzii divergente, recomandarea a fost formulată pe baza concluziilor studiilor celor mai valide (celor mai atent construite și cu riscul cel mai mic de eroare).

Ghidul vă pune la dispoziție un tabel de convergență între recomandări (cuantificate prin „grad", notată cu litere: A, B, C) și tipurile de studii care stau la baza lor (cuantificate prin „puterea dovezii, notate cu cifre romane și litere: I, Ia, Ib etc"). Atragem atenția in mod expres că, uneori, răspunsul la anumite tipuri de întrebări, nu poate fi găsit prin studii puternice, de tip meta-analiză sau trial controlat randomizat, ceea ce face ca din start, gradul recomandării sa fie „inferior". Aceasta nu înseamnă că recomandările sunt lipsite de importanță.

COLECTIVUL DE ELABORARE A GHIDULUI A FOST CONSTITUIT DIN:

✓ **Grupul de elaborare propriu-zis,** alcătuit din medici de familie voluntari, cu expertiză în domeniul acestei specialități și care au parcurs etapele unei pregătiri specifice privind metodologia elaborării ghidurilor, respectiv medicina bazată pe dovezi.

✓ **Grupul de coordonare,** reprezentat de un grup de experți ai Colegiului Medicilor de Familie din Olanda, NHG.

✓ **Grupul de consultanți** alcătuit din reprezentanți ai medicilor de familie și ai celorlalte specialități medicale implicate în îngrijirea persoanelor cu boala respectivă, care au participat la întâlniri de lucru.

✓ **Grupul de referenți** care au recenzat ghidurile și au formulat observații pentru modificarea lor.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 23

Pentru detalii privind metodologia, puteti consulta versiunea documentară a ghidului.

Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei a evitat orice conflicte de interes care ar putea rezulta din colaborarea sa sau a membrilor proiectului cu organizații finanțatoare partinice.
În acest sens dorim să subliniem că recomandările formulate sunt exclusiv rezultatul analizei critice a literaturii și se doresc a fi instrumente de creștere a calității actului medical.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 24

3. IERARHIA DOVEZILOR ȘI PUTEREA RECOMANDĂRILOR

IERARHIA DOVEZILOR	PUTEREA RECOMANDARILOR
NIVEL — TIPUL DOVEZII	**CLASA — STUDIUL PE BAZA CĂRUIA S-A FĂCUT RECOMANDAREA**
Ia – Dovezi obtinute din analize sistematice si meta-analize de trialuri clinice randomizate **Ib** – Dovezi obtinute din analiza unui singur trial controlat randomizat	**A** – Cel putin un trial controlat randomizat ca parte a literaturii studiate, foarte bine realizat si cu referiri consistente privind recomandarea respectiva (nivelul dovezii Ia și Ib)
IIa – Dovezi obtinute din cel putin un trial clinic nerandomizat, bine efectuat **IIb** – Dovezi obtinute din cel putin un studiu clinic de orice tip, bine efectuat, quasi-experimental	**B** – Un studiu clinic bine condus dar nu un trial clinic randomizat axat pe tipul recomandarii (nivelul dovezi IIa, IIb, III) – Prin extrapolare de la un studiu de tip I
III – Dovezi obtinute din studii descriptive neexperimentale bine efectuate, cum ar fi studii comparative, studii corelative, sistudii de caz	
IV – Dovezi obtinute din rapoartele sau opiniile comitetelor de experti, sau cele provenite din experienta clinica a personalităților	**C** – Rapoartele sau opiniile comitetelor de experti.Aceasta clasa indica absenta studiilor de calitate si cu aplicabilitate directa(nivelul dovezii IV) – Prin extrapolare de la un studiu de tip I, II sau III

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 25

4. Lista Tabelelor și a Anexelor

Nr. tabel	Titlu	Pagina
Tabel I	Identificarea gravidelor cu risc scăzut (OMS 2002)	
Tabel II	Scheme cu număr redus de vizite prenatale	
Anexa 1	Înălțimea fundului uterin după săptămâna de sarcină	
Anexa 2	Palparea obstetricală a abdomenului	
Anexa 3	Preparate cu administrare p.o. care conțin fier	
Anexa 4	Preparate cu administrare p.o. care conțin calciu	
Anexa 5	Educația sanitară a gravidei	
Anexa 6	Conținutul în calciu și fier al alimentelor	
Anexa 7	Fișa gravidei – urmărire standard	

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 26

5. GHIDUL

5.1. IDENTIFICAREA GRAVIDELOR CU RISC SCĂZUT — GRUPUL-ȚINTĂ AL GHIDULUI DE ÎNGRIJIRI PRENATALE DE RUTINĂ

RECOMANDĂRI

R1. Se recomandă utilizarea chestionarului OMS (2002) pentru identificarea sarcinii cu risc scăzut.	**C**

Există o multitudine de circumstanțe actuale sau în antecedente – factori de risc – care pot afecta evoluția unei sarcini. [5](IV)

Identificarea factorilor de risc începe încă de la prima vizită și continuă pe tot parcursul îngrijirilor prenatale. Anamneza, examenul clinic și explorările paraclinice recomandate în sarcină sunt metodele care duc la depistarea acestora. [4,6] (III)

O strategie de încadrare a gravidelor într-o grupă de risc este reprezentată de calculul unor scoruri de risc. Există autori care consideră că evaluarea corectă a scorului de risc este prioritară pentru a furniza cele mai adecvate îngrijiri medicale adaptate fiecărui caz. [8](III) Utilizarea sistemului tradițional de alocare a riscului nu este eficientă însă pentru identificarea femeilor cu risc și se soldează cu un număr mare de trimiteri. Există studii care arată că doar 20% dintre gravidele catalogate ca având risc vor dezvolta complicații. [7](III)

Organizația Mondială a Sănătății recomandă ca identificarea gravidelor cu risc scăzut care să primească îngrijiri prenatale de rutină să se realizeze utilizând tabelul următor [9](III):

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 27

TABEL I. IDENTIFICAREA GRAVIDELOR CU RISC SCĂZUT (OMS 2002)

Numele pacientei: ……..
INSTRUCȚIUNI: Răspundeți la toate întrebările următoare marcând cu X căsuța corespunzătoare

ISTORICUL OBSTETRICAL

1. Născuți morți sau decedați neonatal precoce? ☐ ☐
2. 3 sau mai multe avorturi consecutive spontane? ☐ ☐
3. Greutatea la naștere a ultimului copil „ 2500g? ☐ ☐
4. Greutatea la naștere a ultimului copil " 4500g? ☐ ☐
5. Ultima sarcină: internări pentru hipertensiune sau pre/eclampsie? ☐ ☐
6. Istoric de intervenții chirurgicale ale tractului reproductiv? ☐ ☐

SARCINA CURENTă

7. Sarcina multiplă diagnosticată sau suspectată? ☐ ☐
8. Vârsta sub 16 ani? ☐ ☐
9. Vârsta peste 40 ani? ☐ ☐
10. Izoimunizare Rh în sarcina curentă sau anterioară? ☐ ☐
11. Sângerări vaginale? ☐ ☐
12. Tumori pelvine? ☐ ☐
13. Tensiune arterială diastolică mai mare sau egală cu 90 mm Hg la prima vizită? ☐ ☐

DATE GENERALE MEDICALE

14. Diabet zaharat insulino-dependent? ☐ ☐
15. Boli renale? ☐ ☐
16. Boli cardiace? ☐ ☐
17. Abuzuri cunoscute de substanțe nocive (inclusiv consum exagerat de alcool)? ☐ ☐
18. Orice alte boli sau circumstanțe medicale severe? ☐ ☐

Specificați

Un răspuns afirmativ la ORICARE din întrebările de mai sus (o căsuță cenușie marcată cu X) înseamnă că persoana nu este eligibilă pentru componenta de bază a noului model de asistență antenatală.

Este persoana eligibilă? (încercuiți) NU DA
Dacă NU, este îndrumată către .....

Data..... Numele..... Semnătura.....

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 28

5.2. DIAGNOSTICUL DE SARCINĂ

5.2.1. Importanța diagnosticului precoce

RECOMANDĂRI

R2. Diagnosticarea și înregistrarea sarcinii trebuie realizate în primul trimestru.	**B**
R3. În lipsa diagnosticului precoce, înregistrarea sarcinii și acordarea îngrijirilor prenatale se vor realiza în orice moment de evoluție al acesteia.	**B**

Diagnosticul precoce este important pentru stabilirea planului de îngrijiri. Optim prima consultație prenatală trebuie să aibă loc la 6-8 săptămâni de sarcină. [10, 11] (III)

Sunt studii care arată că și luarea tardivă în evidență (în trimestrul III) aduce beneficii comparativ cu lipsa îngrijirilor prenatale. [12] (III)

5.2.2. Criterii de diagnostic precoce

RECOMANDĂRI

R4. Diagnosticul precoce de sarcină se stabilește pe baza unui test de sarcină pozitiv efectuat la cabinet sau la laborator coroborat cu datele de anamneză și cu semnele evidențiate de examenul clinic.	**B**

5.2.2.1. Simptome și semne de sarcină

Cele mai precoce simptome de sarcină sunt: amenoree, stare de rău matinală, tensiune la nivelul sânilor.

După săptămâna a 8-a apar mărirea de volum a uterului și înmuierea colului.[13](III)

Absența simptomelor și semnelor menționate este un motiv rezonabil, dar nu de încredere pentru excluderea sarcinii. Prin

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 29

anamneză și examen clinic nu se poate stabili cu certitudine diagnosticul precoce de sarcină.[14](III)

5.2.2.2. Testul de sarcină

Există o mare variabilitate în eficacitatea testelor de sarcină de a depista starea de graviditate.[15, 16] (III)

Eficiența diagnostică a testului de sarcină efectuat de pacientă la domiciliu este influențată decisiv de modul de folosire.[17](Ia) Din această cauză, medicul nu poate lua în considerare rezultatul unui test autoadministrat ci trebuie să solicite un test de sarcină efectuat în laborator sau la cabinet.[14](III)

Combinarea la 6-8 săptămâni după ultima menstruație a unui test pozitiv de sarcină și a unui examen genital reprezintă cea mai sigură metodă pentru diagnosticarea precoce a sarcinii.[18](III)

5.3. NUMĂRUL DE VIZITE PRENATALE

RECOMANDĂRI

R5. Se recomandă un număr de 8 vizite prenatale de rutină pentru gravida cu risc scăzut: **1-a vizită: 6-12 săptămâni** **a 2-a vizită: 16 săptămâni** **a 3-a vizită: 24 săptămâni** **a 4-a vizită: 28 săptămâni** **a 5-a vizită: 32 săptămâni** **a 6-a vizită: 36 săptămâni** **a 7-a vizită: 38 săptămâni** **a 8-a vizită: 40 săptămâni**	**A**

Îngrijirile prenatale ar trebui să furnizeze gravidei cele mai potrivite și eficiente manevre de screening, prevenție și, eventual, tratament. Numărul de vizite rezultă din modul în care

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 30

aceste intervenții pot fi oferite în timp pe durata sarcinii. Acesta este motivul pentru care unele studii includ o componentă de activități „orientate spre scop", intervențiile cu eficiență demonstrată având prioritate față de activitățile „rituale".

Studii importante – [19, 20, 21](Ia); [22](Ib); [23](Ib); [24](III); [25](Ia); [26](Ib); [27](Ib); [10](III)- analizează efectele reducerii numărului de vizite de la 12-14 la 7-8 sau 9 vizite, de la 13 vizite la 8 și chiar la 6-7 vizite subliniind absența apariției complicațiilor materno-fetale. Schemele folosite sunt următoarele:

TABEL II. SCHEME CU NUMĂR REDUS DE VIZITE PRENATALE

STUDIU	Nr. vizite/ paritatea	săpt.	săpt.	săpt.	săpt.	săpt.	săpt.	săpt.	săpt.	săpt.	săpt.
McDuffie 1997 [23](Ib)	9/primipare	8	12	16	24	28	32	36	38		40
	8/ multipare	8		16	24	28	32	36	38		40
Walker 1997 [27](Ib)	8	8-12		15-19	24-28		32	36	38	39	40
Ward 1999 [24](III)	8	6-12		16-20	24-28		32	36	38	40	41
Clement 1999 [22](Ib)	7/primipare	8-20			24	28	32	36	38		40
	6/ multipare	8-20				26	32	36	38		40

5.4. ANAMNEZA ÎN CADRUL CONSULTANȚEI PRENATALE

RECOMANDĂRI

R6. La prima vizită se recomandă anamneza completă (date personale, motivele prezentării la consult, antecedente personale fiziologice și patologice, antecedente obstetricale, anamneza obstetricală actuală, antecedente heredo-colaterale, evaluare psihosocială, condiții de viață și muncă) în vederea identificării factorilor de risc prezenți.	**C**
R7. La vizitele ulterioare, anamneza va identifica factorii de risc apăruți în intervalul scurs de la ultima vizită.	**C**

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 31

5.4.1. Anamneza la prima consultație prenatală

Rolul anamnezei la prima vizită este de a realiza o primă identificare a factorilor de risc prezenți.

Se consemnează:

1. Datele personale: identitate, vârstă, domiciliu, educație, ocupație, stare civilă, religie, etnie. [28,29](IV)

2. Motivele prezentării la medic

– simptome care sugerează sarcina: întârziere menstruală, tulburări digestive (grețuri și vărsături, sialoree, constipație, apetit crescut pentru anumite alimente), tulburări urinare (polakiurie), tulburări ale dispoziției afective (iritabilitate), insomnii sau somnolență, astenie, senzație de tensiune la nivelul sânilor, pervertirea gustului și a mirosului; medicul trebuie să informeze pacienta că aceste simptome sunt normale în prima perioadă a sarcinii.

– existența altor acuze (dureri pelvine și/sau abdominale, lombare, sângerare pe cale vaginală, pierderi de lichid amniotic, leucoree, disurie, urini tulburi, febră, frisoane, cefalee, diminuarea acuității vizuale etc.) care pot fi simptomele unei afecțiuni care trebuie investigată și tratată.[28,29,30](IV)

3. Antecedente heredo-colaterale

Istoricul familial include date despre antecedentele heredocolaterale atât ale mamei cât și ale tatălui, în special boli cu predispoziție familială (diabet zaharat, hipertensiune arterială, cardiopatii, boli psihice), defecte congenitale (defecte congenitale cardiace, defecte de tub neural) și boli genetice.

Trebuie consemnată existența în familie a cazurilor de TBC, infecție HIV, sifilis, hepatită cronică cu virus B.[28,29,31](IV)

4. Antecedente personale fiziologice

Se notează date legate de:

– menstră: menarha, caracteristicile menstruației;

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 32

– utilizarea pilulelor contraceptive după contactul sexual fecundant (presupus risc de avort spontan);

– utilizarea dispozitivului intrauterin și anume durata utilizării, prezența sau momentul îndepărtării acestuia (îndepărtarea recentă reprezintă un risc pentru anemie, sarcină ectopică sau avort).[28](IV)

5. Antecedente personale patologice

Istoricul personal patologic cuprinde date referitoare la afecțiuni anterioare (medicale, chirurgicale, infecțioase) care pot influența evoluția sarcinii sau boli asociate sarcinii actuale.

Se notează date referitoare la: alergii la medicamente, alimente și factori de mediu, boli autoimune, transfuzii sanguine, diabet, boli cardiace, afecțiuni hepatice, hipertensiune arterială, boli ale aparatului urinar, boli neurologice, boli psihice, boli pulmonare, boli endocrine, boli hematologice, ulcer gastric sau duodenal, varice, flebite, hemoroizi, boli infecțioase – rubeolă, varicelă, toxoplasmoză, HIV, afecțiuni ginecologice – boli cu transmitere sexuală, intervenții chirurgicale în sfera genitală, fibroame, chisturi ovariene, sterilitate primară sau secundară și tratamentul urmat, fertilizare în vitro. [28, 29,32](IV)

6. Antecedente obstetricale

Antecedentele obstetricale cuprind date referitoare la sarcinile anterioare precum și informații legate de nașteri și lehuzie. Se vor nota:

– numărul de sarcini și data ultimei nașteri;

– avorturi spontane, la cerere sau cu indicație medicală

– durata gestației și complicații ale sarcinii: disgravidia de prim trimestru, hipertensiune indusă de sarcină, preeclampsie și eclampsie, placenta praevia, decolare prematură de placentă normal inserată, prezentație pelvină sau transversă, ruptură prematură de membrane, tratamente urmate;

– izoimunizare în sistemul ABO sau Rh;

– tipul nașterii (naturală sau prin cezariană și indicațiile acesteia), asistată/neasistată;

– durata și complicații ale travaliului;

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 33

– greutatea la naștere a copilului; de notat cazurile cu greutate mai mică de 2500 grame și mai mare de 4500 grame;

– mortalitatea perinatală;

– malformații fetale;

– complicațiile lehuziei;

– prezența sau absența secreției lactate în antecedente. [9](III), [28, 29, 33](IV)

7. Anamneza obstetricală actuală

În legătură cu sarcina actuală întrebăm pacienta:

– data ultimei menstruații – este importantă pentru stabilirea vârstei gestaționale (VG) și a datei probabile a nașterii (DPN)

- ✓ estimarea VG se face în zile sau săptămâni numărarea începând de la data ultimei mestruații. Estimarea VG în luni (care presupune numărarea acestora începând cu a 10-14-a zi după ultima menstruație) nu mai este de actualitate
- ✓ estimarea DPN poate fi făcută numărând 280 de zile (sau 40 săptămâni) de la data primei zile a ultimei menstruații (sau 268 de zile de la data fertilizării dacă se cunoaște); metoda va aproxima data cu o eroare de 2 săptămâni înainte sau după DPN. Sarcina la termen este definită ca fiind cuprinsă în intervalul 37-42 săptămâni. De asemenea, DPN mai poate fi calculată adăugând 10-14 zile la data ultimei menstruații după care se numără 9 luni. Menstruațiile neregulate sau utilizarea recentă de contraceptive scad acuratețea acestor metode. Sângerarea din timpul nidației poate fi confundată cu menstruația, imposibilitatea de a le deosebi poate da o eroare de 3-4 săptămâni în estimarea DPN.

– caracterul ultimei menstruații în raport cu cele anterioar [30](IV)

– evoluția sarcinii până în momentul consultației actuale.

8. Evaluare psihosocială

Trebuie cunoscut mediul familial și atitudinea familiei în legătură cu sarcina. Notăm:

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 34

– date despre atitudinea viitorilor părinți referitoare la sarcina actuală (copil dorit etc); [34](III)

– situații conflictuale în familie și istoric de violență domestică; există studii care arată necesitatea introducerii unui screening pentru depistarea abuzurilor fizice și psihice care sunt incriminate în apariția depresiei și anxietății copilului. [35](III)

9. Condiții de viață și muncă

Se notează condițiile de locuit (caracteristicile locuinței, număr de persoane colocatare), consumul de alcool, tutun, cafea și droguri, diferite diete alimentare precum și condițiile de muncă: noxe prezente, solicitare fizică și stres.

Toate acestea reprezintă factori de risc obstetrical; identificarea acestora de către practician oferă posibilitatea consilierii, eventual includerea în programe speciale (ex. programul alcoolicilor anonimi).[28,29](IV), [36](Ia)

5.4.2. Anamneza în trimestrul II și III de sarcină

Categoria de risc în care este inclusă gravida se poate modifica pe parcursul sarcinii. Medicul ar trebui să facă o anamneză atentă la fiecare vizită prenatală prin care să identifice posibilii factori de risc apăruți în intervalul scurs de la ultima vizită.

Se urmăresc date despre:

– evoluția sarcinii în intervalul scurs până în momentul consultației actuale (sau de la ultima vizită);

– apariția și caracterul mișcările fetale. La primipare primele mișcări fetale apar la aproximativ 20 săptămâni (4 ½ luni) iar la multipare la 18 săptămâni (4 luni). Nu există un set de criterii universale care să poată fi aplicat tuturor femeilor gravide în evaluarea mișcărilor fetale.[37](IV) Există diferențe în funcție de făt și de percepția individuală a mamei.[38](III) Se consideră că reducerea sau absența mișcărilor fetale poate precede moartea acestuia cu cel puțin o zi.[39](III)

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 35

– apariția unor simptome și semne: dureri abdominale, leucoree, pierderi de sânge, astenie, dispnee severă, tulburări micționale, tulburări de vedere și cefalee. Acestea pot fi expresia unei patologii ce necesită investigații și tratament; [30, 33](IV)

– anxietatea pacientei referitoare la sarcină; [28](IV)

– respectarea recomandărilor stabilite la vizitele anterioare.

5.5. Examenul clinic în cadrul consultației prenatale

Recomandări

R8. Efectuarea examenului clinic general la prima vizită	**C**
R9. Efectuarea examenului genital la prima vizită	**A**
R10. Cântărirea gravidei la fiecare vizită	**A**
R11. Măsurarea tensiunii arteriale la fiecare vizită	**C**
R12. măsurarea înălțimii fundului uterin la fiecare vizită începând cu trimestrul al II-lea de sarcină	**A**
R13. Ascultația bătăilor cordului fetal la fiecare vizită începând cu săptămâna 28 de sarcină	**C**
R14. Determinarea prezentației și poziției la fiecare vizită după 28 săptămâni de sarcină.	**C**

5.5.1. Examenul clinic în trimestrul I de sarcină

Rolul examenului clinic la prima vizită prenatală din trimestrul I este de orientare spre diagnosticul de sarcină și de evaluare a factorilor de risc pentru evoluția sarcinii și nașterii. [40](IV)

Se efectuează examenul clinic general și examinarea ginecologică.

5.5.1.1. Examenul clinic general

Vizează depistarea unei patologii preexistente sarcinii actuale. Cu acest prilej se pot constata și semne ale modificărilor organismului matern asociate sarcinii.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 36

Examenul clinic general se va efectua respectând în totalitate criteriile semiologice.[29](IV)

Se are în vedere:

– *măsurarea înălțimii și greutății*; se calculează indicele de masă corporală (IMC). Greutatea se va măsura și nota la fiecare consultație prenatală.

– *inspecția tegumentelor și a mucoaselor*: se pot constata masca gravidică, hiperpigmentarea liniei albe și a cicatricilor recente, accentuarea culorii nevilor preexistenți și apariția de noi nevi, eritem palmar, acnee, hirsutism; activitatea glandelor sudoripare și sebacee este crescută apărând transpirații mai abundente; se poate constata prezența vergeturilor de culoare roz (odată cu creșterea de volum a abdomenului) și alb sidefiu (vergeturi vechi); [41](IV)

– *aprecierea țesutului celular subcutanat*: pot fi prezente edeme la nivelul membrelor inferioare care dispar în clinostatism; acestea apar în până la 60% din sarcinile normale și, în prezent, nu se mai folosesc în diagnosticul pre-eclampsiei. [41, 42](IV)

– *sistemul muscular*: consecutiv creșterii uterului gravid musculatura peretelui abdominal devine mai extensibilă; [43](IV)

– *sistemul osteoarticular*: odată cu creșterea abdomenului gravidei apare lordoza și cifoza dorsală de compensație care produc dureri lombare joase; [43](IV)

– *sistemul limfoganglionar*;

– *aparatul respirator*: frecvența respiratorie poate fi crescută, această modificare fiind denumită hiperventilație indusă de sarcină sau dispnee de sarcină; [40](IV)

– *aparatul circulator*: în cadrul modificărilor organismului matern asociate sarcinii, se poate înregistra scăderea tensiunii arteriale, creșterea frecvenței cardiace cu 15 bătăi pe minut, lateralizarea apexului și în 90% din cazuri, se poate asculta un suflu sistolic fără semnificație patologică dat de fluxul sanguin sporit; [44](IV). Pot apare varice ale membrelor inferioare sau se pot agrava cele preexistente; [41](IV)

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 37

– *aparatul digestiv*: la nivelul cavității bucale se pot constata edem și hipertrofie gingivală (gingivita gravidică), apariția de carii dentare, agravarea bolii parodontale, sialoree de sarcină. [45](IV) De asemenea, se constată hipotonia și scăderea peristaltismului cu apariția consecutivă a pirozisului și a constipației. [46](IV)

– *aparatul urinar*: polachiuria apare de regulă odată cu creșterea în volum a uterului; [45](IV)

– *sistemul endocrin*: ca modificare asociată sarcinii, tiroida crește în dimensiuni și greutate numai după luna a V-a, orice modificare anterioară necesitând investigații; [47](IV)

– *sistemul nervos*;

– *organele de simț*.

5.5.1.2. Examenul ginecologic cuprinde:

– examinarea sânilor prin

- ✓ inspecție: se constată mărirea de volum, hiperpigmentarea areolei mamare, apariția areolei secundare, circulația venoasă Haller, tuberculii Montgomery ;
- ✓ palpare: discretă sensibilitate; la exprimarea mamelonului se poate exterioriza o picătură de colostru chiar din primul trimestru de sarcină.[48](IV)

– examinarea abdomenului prin

- ✓ inspecție: în trimestrul I nu există modificări de volum ale abdomenului sesizabile prin inspecție ; abdomenul este de conformație normală, urmează mișcările respiratorii . [49](IV) Deplisarea cicatricii ombilicale apare în a doua parte a evoluției sarcinii.
- ✓ palpare: în luna a III-a uterul gravid poate fi depistat în hipogastru la femeile slabe ca o formațiune bine delimitată, de consistență elastică, nedureroasă, ce depășește simfiza cu câțiva centimetri ;[49](IV)

– examenul vaginal cu valvele și examenul vaginal digital

Scopul examinării genitale este de a depista o eventuală patologie locală. [50](IV) Se recomandă un singur examen vagi-

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 38

nal în sarcină; repetarea lui se face cu indicație medicală.[8](Ib),[9](IV)

Se examinează prin inspecție și palpare: vulva, vaginul, colul uterin, corpul uterin, anexele, fundurile de sac vaginale și planșeul pelvi – perineal.

– La inspecție, mucoasa vulvo-vaginală și a colului uterin apare violacee; orificiul extern cervical poate fi punctiform (la nuligeste) sau în fantă transversală, uneori cicatricial (la multipare); pot fi prezente varice vulvare sau vaginale. Se descriu și eventualele leziuni ale mucoasei (eroziuni, ulcerații, formațiuni polipoide sau vegetante) ca și prezența leucoreei sau a sângerării pe cale vaginală.

– La tactul vaginal perineul este tonic, pereții vaginali sunt catifelați și supli. Corpul uterin este mărit de volum, corespunzător vârstei de sarcină, globulos, păstos sau elastic (de la sfârșitul lunii a III-a), mobil, nedureros, contractil.

Este indicată, cu acest prilej, recoltarea frotiurilor citodiagnostic și cito-bacteriologic.

Examinarea genitală poate fi făcută la vizita a II-a dacă nu s-a efectuat la prima vizită.[9](IV)

5.5.2. Examenul clinic în trimestrul al II-lea de sarcină

Se monitorizează:

✓ **greutatea**

Creșterea ponderală în timpul sarcinii trebuie să fie de aproximativ 12-12,5 kg; creșterea lunară este de 1kg pe lună până la 28 săptămâni de amenoree și apoi de 500g pe săptămână până la termen. Creșterea ponderală trebuie să fie progresivă și uniformă. Creșterea bruscă în greutate, creșterea accentuată (peste 15-20 kg.) ca și cea redusă (sub 8 kg) sunt considerate patologice reprezentând factori de risc.[5](IV)

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 39

Un număr important de femei cu greutate normală și mai ales supraponderalele depășesc aceste limite ducând la o creștere a greutății postpartum și la o creștere a incidenței obezității. [51](Ib)

✓ **tensiunea arterială**

În al doilea trimestru de sarcină, tensiunea arterială scade în medie cu 15 mmHg față de tensiunea dinaintea instalării sarcinii. În al III-lea trimestru, valorile tensionale ajung la cele anterioare sarcinii sau chiar le depășesc. Aceste modificări apar atât la femei normotensive sau hipertensive anterior sarcinii cât și la cele care vor dezvolta hipertensiune de sarcină.

HTA se definește drept creșterea valorilor tensionale: TAS >= 140mmHg și TAD >=90 mmHg. Este esențial să se confirme valorile crescute în 2 ocazii diferite. [52,53](IV)

✓ **înălțimea fundului uterin (ÎFU)**

Măsurarea ÎFU este o metodă simplă, de încredere și cost eficientă pentru screeningul întirzierii de creștere intrauterină, mai fidelă decât curba ponderală și chiar decât măsurarea circumferinței abdominale. Grosimea peretelui abdominal (și obezitatea) nu influențează măsurarea ÎFU. [54](IIa), [70,71,72](IIb)

În încercarea de a compara eficiența măsurării manuale versus ecografie în evaluarea ÎFU, există studii care arată că măsurarea manuală este o metodă de încredere și ieftină de evaluare a evoluției sarcinii. Ecografia este necesară când există o discrepanță a mărimii uterului față de vârsta gestațională. [55](III)

Măsurarea înălțimii fundului uterin poate fi utilă și pentru determinarea vârstei gestaționale când pacienta nu poate preciza data primei zile a ultimei menstruații.

Tot mai mulți autori arată că sunt necesare nomograme locale sau regionale ale creșterii ÎFU. Acestea au arătat o mare sensitivitate și specificitate în detecția întârzierilor de creștere fetală dar și în depistarea macrosomilor.[56](III)

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 40

OMS recomandă ca în lipsa unor nomograme recunoscute pe plan local să fie folosit modelul conținut în manualul „New WHO antenatal care model“ din 2002 (vezi anexa 1). 10% dintre gravidele cu evoluție fiziologică a sarcinii au ÎFU conform percentilei 10 – curba inferioară a graficului. 90% dintre aceste gravide au ÎFU corespunzător percentilei 90 – curba superioară a graficului. [9](IV)

✓ **bătăile cordului fetal**

În practică, perceperea BCF cu stetoscopul obstetrical monoauricular se realizează după 28 săptămâni de sarcină. Trebuie apreciată frecvența și calitatea lor (frecvența normală este de 120-160 bătăi pe minut).[48](IV)

5.5.3. Examenul clinic în trimestrul al III-lea de sarcină

Se monitorizează: greutatea, tensiunea arterială, înălțimea fundului uterin și bătăile cordului fetal ca și în trimestrul al II-lea de sarcină.

După 28 de săptămâni de sarcină, palparea abdomenului permite stabilirea diagnosticului de prezentație și poziție. Palparea trebuie să evidențieze polul cefalic (formațiune rotundă, regulată, dură, nedepresibilă), polul pelvin (formațiune mai mare, mai moale, neregulată, depresibilă), planul dur convex care unește cei doi poli (spatele fetal) și părțile mici fetale – membrele.

Clasic, pentru palparea obstetricală se descriu tehnicile: Leopold, Pinard și Budin (Anexa 2). [5,48](IV)

5.5.4.Practici nerecomandate

5.5.4.1. Pelvimetria

Pelvimetria clinică nu modifică managementul gravidelor. Practica curentă este să se permită tuturor gravidelor proba de

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 41

naștere indiferent de rezultatele pelvimetriei. Aceasta face ca efectuarea și înregistrarea pelvimetriei clinice să fie pierdere de timp, responsabilitate potențială și o sursă de disconfort pentru paciente. [57](IIb)

5.5.4.2.Testul roll-over

Recomandările clasice privind îngrijirile prenatale de rutină includ efectuarea între 28 și 32 săptămâni de amenoree a testului roll-over în scopul depistării gravidelor cu risc de a dezvolta HTA indusă de sarcină.

Există însă numeroase studii care arată că acest test nu are valoare în depistarea gravidelor cu acest risc.[58,59,60] (IIb) În prezent nu există un test suficient de predictibil pentru HTA indusă de sarcină.[61](IIb)

5.6. Explorări de laborator în sarcina cu risc scăzut

5.6.1. La prima vizită

Recomandări

La prima vizită se recomandă:	
R15. Determinarea grupului sanguin	**C**
R16. Determinarea Rh-ului și depistarea anticorpilor antiRh la gravidele Rh negative	**C**
R17. Testare pentru sifilis (RBW, VDRL sau RPR)	**A**
R18. Testare HIV după consiliere	**C**
R19. Dozarea hemoglobinei și hematocritului	**A**
R20. Depistarea antigenului HbS	**C**
R21. Efectuarea examenului sumar de urină (din jetul mijlociu)	**B**
R22. Efectuarea frotiului cito – bacteriologic	**C**
R23. Efectuarea frotiului cito – diagnostic	**C**

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 42

Studiile existente recomandă efectuarea de rutină, la prima vizită, a următoarelor investigații de laborator: grup sanguin [9](IV), Rh și depistare anticorpi antiRh la gravidele Rh negative [62](IV), testare pentru sifilis (VDRL sau RPR) [63](Ib) [64](III), testare HIV după consiliere [65,66](IV), hemoglobină și hematocrit [67](IV), [64](III), frotiu cito-diagnostic [9](IV), frotiu cito-bacteriologic [9](IV), antigenul HbS [68](IV), examen sumar de urină (din jetul mijlociu) [64](III), [69](IIb).

Femeile cu rezultate anormale la primul test de urină (leucocite, nitriți sau sânge) trebuie să facă o examinare microscopică a urinii și urocultură, eventual antibiogramă. [70](IIb).

Se definește anemia în sarcină ca o valoare a hemoglobinei sub 110 mg/dl în primul trimestru și sub 105 mg/dl în al II-lea și al III-lea trimestru de sarcină. [101](IIb) [102](Ib) [103](Ia)

5.6.2. La vizitele ulterioare

RECOMANDĂRI

R24. Dozarea hemoglobinei și hematocritului după săptămâna 24-a de sarcină	**A**
R25. Dozarea glicemiei a jeun între 24-28 săptămâni	**B**
R26. Repetarea glicemiei a jeun la gravidele cu cel puțin un factor de risc pentru diabet gestațional și cu o glicemie a jeun normală între 24-28 săptămâni	**B**
R27. A doua testare pentru sifilis la începutul trimestrului III	**A**
R28. Determinarea anticorpilor antiRh la 28 săptămâni de sarcină (la gravidele Rh negative neimunizate la prima vizită)	**C**
R29. Retestarea HIV (după 32-36 săptămâni) dacă femeia are risc înalt pentru infectia HIV	**C**

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 43

Studiile existente recomandă efectuarea de rutină a următoarelor investigații de laborator:

– dozarea hemoglobinei și hematocritului după săptămâna 24; [23](Ib),

– glicemia a jeun (screeningul pentru diabet gestațional) între 24 și 28 săptămâni de sarcină.

Diabetul zaharat poate complica 2-3% din sarcini; în 10% din cazuri este vorba de diabet preexistent (tip I sau tip II) iar în 90% din cazuri este vorba de diabet gestațional. Acesta se dezvoltă în a doua jumătate a sarcinii și este de regulă asimptomatic. Depistarea precoce și managementul diabetului gestațional (DG) sunt importante în prevenirea complicațiilor mamei și copilului. [85](IIb)

Până în prezent, nu există o atitudine unanim acceptată, bazată pe dovezi, privind depistarea precoce a DG.

În ultimii ani s-au realizat studii care arată că glicemia a jeun între 24-28 săptămâni de sarcină este un test screening mai indicat pentru diabetul gestațional decât TTGO. Glicemia a jeun trebuie efectuată la 8 ore după ultima masă.

Valoarea normală maximă admisă pentru glicemia a jeun este de 85mg/dl. Gravidele cu glicemie a jeun între 85 mg/dl și 126 mg/dl necesită un test de toleranță la glucoză orală. Toate gravidele care au nivelul glicemiei peste 126 mg/dl pot fi considerate ca având diabet gestațional. La gravidele cu cel puțin un factor de risc pentru diabet gestațional și cu o glicemie a jeun normală între 24-28 săptămâni se impune repetarea acestui test. [86, 87](IIb)

– anticorpi antiRh la 28 săptămâni de sarcină (la gravidele Rh negative neimunizate la prima vizită) [83](IV)

– a doua testare pentru sifilis la începutul trimestrului III [63](Ib),

– retestarea HIV (după 32-36 săptămâni) dacă femeia e cu risc înalt pentru HIV [65,66](IV).

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 44

5.6.3. Practici nerecomandate

1. Glicemia a jeun la prima vizită

Deși gravidele sunt compliante la recomandarea de a efectua glicemia a jeun la prima vizită, slaba specificitate (rata înaltă de rezultate fals pozitive) face aceasta analiză ineficientă ca test de screening pentru diabetul gestațional. [71](IIb)

Corelația dintre rezultatele testului de încărcare efectuat la 24-28 săptămâni și glicemia a jeun în primul trimestru este scăzută ceea ce arată că măsurarea glicemiei a jeun în primul trimestru nu are beneficii clinice. [72](IIb)

Dată fiind incidența scăzută a diabetului zaharat la femeile de vârstă fertilă (așa cum rezultă din datele MEDINET), nu se justifică glicemia a jeun de rutină la prima vizită nici în scopul depistării acestuia. [73](III)

2.Screeningul pentru infecția cu toxoplasma gondii

Toxoplasmoza, infecția determinată de parazitul Toxoplasma gondii, este o problemă de sănătate frecventă în întreaga lume. Afectarea femeii însărcinate poate determina moartea fătului sau toxoplasmoza congenitală.

Deși unii autori consideră că un management corespunzător al infecției materne poate fi benefic pentru făt, studiile efectuate în ultimele trei decenii nu au stabilit dacă tratamentul antenatal al femeilor cu toxoplasmoză reduce transmiterea congenitală a Toxoplasmei gondii. [79,80](Ia)

Nu sunt încă disponibile și nici suficiente dovezile științifice pentru a recomanda screeningul de rutină pentru toxoplasmoză la femeia gravidă. De asemenea, aspectele negative ale screeningului cum ar fi inducerea avortului unor feți sănătoși, anxietatea femeilor cu teste fals pozitive și efectele adverse ale tratamentului au fost insuficient studiate.[81](III)

În țările unde screeningul sau tratamentul pentru toxoplasmoză nu se practică de rutină nu se recomandă introducerea lor în lipsa unor trialuri controlate. [79,80](Ia)

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 45

Educarea gravidei pentru a respecta măsurile specifice de igienă poate reduce cu 63% rata infecției cu toxoplasma în sarcină. [82](III)

3. Screeningul pentru vaginoze bacteriene

Flora microbiană normală conține în special lactobacili și un număr redus de anaerobi. Scăderea numărului de lactobacili favorizează creșterea numărului de anaerobi (gardnerella și mycoplasma) producând vaginozele bacteriene.[74](II) Clinic se constată apariția leucoreei cu miros neplăcut.

Vaginozele bacteriene reprezintă un factor de risc important pentru nașterea prematură, avortul spontan și infecția maternă. Riscul de naștere prematură este cu atât mai mare cu cât vaginoza apare mai devreme în sarcină. [75,76](Ia)

Nu au fost demonstrate beneficiile screeningului și tratamentului de rutină în vaginozele bacteriene la gravida cu risc scăzut și mediu de naștere prematură. Pe baza dovezilor existente, se recomandă screeningul vaginozelor bacteriene la gravidele cu risc (nașteri premature în antecedente, complianța redusă, ruptura prematură de membrane, feți cu greutatea sub 2500g în antecedente, avort spontan, endometrite postpartum sau sepsis neonatal). [77,78](Ia)

4. Repetarea de rutină a sumarului de urină

Dacă sumarul de urină de la prima vizită este normal, nu mai este necesară repetarea altor examene de urină pe parcursul sarcinii, cu excepția cazului în care gravida dezvoltă HTA sau prezintă simptome sau semne de infecție urinară. Femeile care prezintă proteinurie sau/și hematurie la prima vizită antenatală pot avea boli renale care trebuie investigate.[70](IIb)

Există studii care recomandă eliminarea unor manevre de rutină cum ar fi analiza urinii la fiecare vizită. [26](Ib) S-a constatat că determinarea de rutină a proteinuriei la fiecare vizită antenatală nu a furnizat informații clinice importante cu privire la rezultatele sarcinii. [84](IIa)

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 46

5.7. SCREENINGUL PENTRU SINDROMUL DOWN

RECOMANDĂRI

R30. Se recomandă screening pentru sindromul Down prin una sau ambele din metodele de mai jos:	
1. Translucența nucală măsurată ecografic în săptămânile 11-14 de sarcină.	**B**
2. Triplu-test efectuat în săptămânile 15-16 de sarcină.	**A**

Sindromul Down (trisomia 21) apare la 1/800 din nașteri, riscul crescând cu vârsta mamei. Cu toate acestea, 80% din copiii cu sindrom Down se nasc din femei sub 35 ani, fără factori de risc.[88](IIb)

Se descriu în literatură 5 strategii de screening pentru sindromul Down:

– **triplul test** cuprinde dozarea serică a alfafetoproteinei, gonadotrofinei corionice umane (hCG) și estriolului neconjugat, în trimestrul doi de sarcină.

– **cvadruplul test** reprezintă triplul test plus dozarea serică a inhibinei A.

– **testul de prim trimestru** constă în vârsta maternă, dozarea serică a proteinei plasmatice A asociată sarcinii, a beta-hCG, și determinarea ecografică a translucenței nucale fetale la 10-14 săptămâni de gestație. Determinarea numai a translucenței nucale dovedește o acuratețe similară cu efectuarea testului complet de prim trimestru. [89](IIb)

– **testul integrat** este testul de prim trimestru plus testul cvadruplu; rezultatele testului de prim trimestru nu sunt comunicate până la completarea testului cvadruplu, când se poate comunica gravidei un rezultat integrat.

– **screeningul secvențial** asociază tot un screening de prim trimestru și un test cvadruplu, dar rezultatele pot fi furnizate secvențial. În caz de rezultate pozitive ale testului de prim trimestru, acestea sunt comunicate imediat gravidei care poate

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 47

decide dacă păstrează sau nu sarcina. Un test cvadruplu pozitiv crește acuratețea diagnosticului, dar acesta este mai tardiv. [90](IIb)

Triplul test este un mijloc de screening bun pentru sindromul Down deoarece este simplu, inofensiv, relativ rapid, ieftin, reproductibil și neinvaziv, cu o senzitivitate acceptabilă spre înaltă, cu o rată redusă a rezultatelor fals pozitive și un risc mai scăzut pentru un final neprevăzut al sarcinii. Triplul test efectuat de rutină în săptămânile 15-16 de sarcină pentru sindrom Down este mai exact la femeia gravidă de 35 de ani și peste. Cu toate acestea, femeile de 35 de ani sau peste trebuie să înțeleagă că testul triplu este mai puțin senzitiv, are o valoare de predicție pozitivă mai mică și o rată a rezultatelor fals pozitive mai mare decât cariotipul obținut prin biopsia de vilozități coriale sau amniocenteză. Un alt dezavantaj al testului este și efectuarea sa relativ târziu (la 15-16 săpt. de gestație). [92](Ia)

Ecografia folosită împreună cu triplul test îmbunătățește identificarea anomaliilor cromozomiale de număr, inclusiv a sindromului Down, și deci reduce necesitatea amniocentezei. [91,93,94](IIb)

Testele screening pozitive selectează gravidele la care există suspiciunea de a avea un făt cu sindrom Down.

Procedurile invazive ca amniocenteza și biopsia de vilozități coriale reprezintă însă singura cale de a diagnostica cu certitudine sindromul Down după o echografie sau o valoare a AFP anormale. [91](IIb)

5.8. Ecografia în sarcina cu risc scăzut

Recomandări

R31. Efectuarea unui examen ecografic între 11-14 săptămâni de sarcină (translucența nucală – v. sindrom Down, locația placentei, depistarea sarcinilor multiple, vârsta gestațională ș.a.)	**B**
R32. Efectuarea unui examen ecografic între 18-22 săptămâni de sarcină (morfologie fetală)	**A**

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 48

Efectuarea ecografiei de rutină în sarcina cu risc scăzut reprezintă un subiect controversat deși beneficiile acestei investigații sunt multiple: precizarea vârstei sarcinii, locația și dezvoltarea placentei, depistarea sarcinilor multiple, creșterea fetală, prezența eventualelor malformații fetale.[8, 95](IIb)

Deși ecografia este cea mai fidelă metodă pentru determinarea vârstei gestaționale și a analizei BCF, efectuarea acesteia înainte de 10 săptămâni de sarcină în cadrul îngrijirilor prenatale de rutină nu se justifică dacă nu există acuze.[96](Ib)

Ecografia de rutină înainte de 24 săptămâni de sarcină pare a îmbunătăți evaluarea vârstei sarcinii, depistarea precoce a feților multipli și a malformațiilor fetale care nu sunt suspectate clinic într-un moment în care este posibilă încă întreruperea evoluției sarcinii. [97](Ia)

Vârsta ideală de sarcină pentru efectuarea ecografiei este între 18-22 săptămâni. Ecografia trebuie să fie metodică și completă, însoțită de înregistrarea imaginii și de un text descriptiv asociat. În cazuri incerte trebuie să existe posibilitatea de a solicita o a doua opinie. [95](IIb)

Ecografia de rutină după 24 săptămâni de sarcină nu conferă beneficii în populațiile neselectate sau cu risc scăzut, atât pentru mamă cât și pentru copil. [98](Ia)

5.9. ADMINISTRAREA DE RUTINĂ A SUPLIMENTELOR

RECOMANDĂRI

R33. Prevenirea defectului de tub neural prin administrarea a 400 micrograme acid folic pe zi începând cu o lună înaintea concepției și continuând pe perioada primului trimestru de sarcină	**A**
R34. Profilaxia anemiei cu 60 mg fier feros și a 350 micrograme acid folic în administrare orală zilnică începând de la 16 săptămâni de sarcină	**A**

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 49

R35. Un aport de 1,2-1,5 grame de calciu pe zi prin dietă; în condițiile unei diete deficitare în alimente bogate în calciu se recomandă acest aport zilnic per os începând cu trimestrul III	**A**
R36. Administrarea de rutină a 1000ui/zi vitamina D per os în trimestrul III de sarcină	**A**
R37. Suplimentarea de rutină cu iod prin cosum de sare iodată în zonele cu endemie guşogenă	**A**

5.9.1. Prevenția defectului de tub neural prin administrarea acidului folic

Administrarea în perioada preconcepțională de acid folic poate preveni peste 50% din cazurile de defect de tub neural. [99](IV) O dietă echilibrată nu acoperă cerințele crescute de acid folic în sarcină.[104](IIb)

Se recomandă administrarea a 400 micrograme acid folic pe zi începând cu o lună înaintea concepției și continuând pe întreaga perioadă a primului trimestru. Datorită riscului de subdiagnosticare a deficitului de B12 în condițiile unui aport sporit de acid folic, doza maximă recomandată este de 1 mg acid folic pe zi, excepție făcând cazurile în care aceasta este supravegheată de un medic. La gravidele care au risc înalt de a naște feți cu defect de tub neural se recomandă pe lângă o alimentație echilibrată și o doză minimă de acid folic între 0.8-5 mg/zi. Aceasta ar trebui începută înainte cu o lună de concepție și continuată cel puțin până în săptămâna 10-12 de sarcină.[100](Ia)

5.9.2. Prevenirea anemiei în sarcină prin administrarea de rutină a fierului și acidului folic

OMS estimează că 58% din gravidele țărilor în curs de dezvoltare sunt anemice. [105](IIb)

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 50

În sarcină, o dietă echilibrată nu acoperă cerințele crescute de fier și folați.[104](IIb)

✓ Numeroase studii au arătat că este necesară suplimentarea de rutină cu fier în sarcină deoarece crește conținutul în fier al depozitelor materne, previne scăderea hemoglobinei la naștere și la 6 săptămâni post-partum, previne anemia la sugar. [103,106,107](Ia) [108](IIb) [109](IIb)

S-a demonstrat că administrarea de rutină a 60 mg fier elemental/zi de la 16 săptămâni de gestație a fost eficientă pentru a atenua scăderea hemoglobinei.[110](Ib)

Preparatele cu săruri feroase (Fe 2+) sunt mai indicate decât cele cu săruri ferice (Fe 3+), fiind imediat absorbite de mucoasa intestinală. Se pare că gluconatul feros în forma lichidă administrat oral este mai eficace și mai bine tolerat decât alte preparate [111](IIa).

✓ Trebuie avut în vedere că, pe lângă deficitul de fier, la apariția anemiei contribuie și deficiența de folați. Aceasta determină suplimentar avortul spontan și apariția malformațiilor congenitale.[112](IIb)

Cele mai multe studii consideră că doza optimă de folați ce trebuie administrată de rutină gravidei este de 350 µg/zi, zilnic, începând cu 16 săptămâni de sarcină. [113](Ia)

5.9.3. Administrarea de rutină a calciului

Homeostazia calcică este modificată în sarcină. Nivelul calciului seric scade continuu din a 14-a săptămână de sarcină. Cel mai scăzut nivel se înregistrează în trimestrul III de sarcină. [114,115](IIb)

Copiii alăptați de către mamele care au primit o cantitate redusă de calciu în sarcină, primesc la rândul lor mai puțin calciu.[116](IIb)

Aportul optim de Ca la gravide și lehuze trebuie să fie între 1,2 și 1,5 grame pe zi. Sursa preferată de calciu este cea aflată în alimentele bogate în calciu cum ar fi produsele lactate. Pentru

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 51

a se realiza o absorbție optimă a calciului este esențială o administrare adecvată de vitamina D. [117](III)

5.9.4. Administrarea de rutină a vitaminei D

O dietă echilibrată în sarcină nu acoperă cerințele crescute de vitamina D.[104](IIb)

Deși necesarul zilnic se ridică la 5 micrograme/zi, aportul zilnic de vitamina D obținut din alimentația normală la femei este de numai 2-2,2 micrograme pe zi. Numai ouăle și peștele gras conțin cantități semnificative de vitamina D. [118](III)

Administrarea de 1000ui vitamina D/zi în trimestrul III reduce hipocalcemia simptomatică neonatală, copiii având nivele normale plasmatice de 25 OHD și fontanele mai mici.

Suplimentarea cu vitamină D nu are efecte adverse. [119](Ib) [120](IIb)

5.9.5. Administrarea de rutină a iodului

Deficiența de iod, comună în cea mai mare parte a Europei de Est, este principala cauză a retardului mintal în copilărie. OMS recomandă la femeia gravidă un aport de 200 micrograme iod/zi. Suplimentarea cu iod trebuie făcută în zonele cu ingestie scăzută a acestui element. [121](Ia)

În conformitate cu recomandările OMS, cele mai multe țări cunoscute cu deficit de iod, au ales încă din anul 1995 iodarea sării comestibile ca metodă profilactică.

Prevenirea creșterii volumului tiroidei în sarcină a fost semnificativă prin folosirea sării iodate. [122](Ia)

5.9.6. Practici nerecomandate

1. Administrarea de rutină a altor suplimente

În ideea ameliorării stării nutriționale a mamei și a calității fătului, mulți dintre medici recomandă în prezent gravidelor

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 52

vitamine și minerale administrate singure sau în asocieri. Rezultatele studiilor științifice nu susțin însă această practică.

Nu sunt suficiente date care să susțină necesitatea suplimentării de rutină cu: zinc, magneziu, vitamina A, C, B6 sau cu ulei de pește. [123](Ib),[124](Ia), [125](Ia),[126](III),[127](Ia)

De asemenea, exista studii care demonstrează că administrarea de rutină a polivitaminelor și mineralelor nu conferă beneficii mai mari comparativ cu administrarea numai a acidului folic și a fierului. 128,129(Ib) În plus, nici unul din preparatele cu vitamine și minerale care conțin fier nu a fost capabil să asigure singur necesarul pentru a preveni creșterea dramatică a incidenței anemiei și a deficienței de fier la sfârșitul sarcinii.[130](Ib)

Mai mult, unele studii atrag atenția asupra unor posibile efecte negative ale suplimentării nejustificate cu polivitamine și multiminerale la gravida sănătoasă: creșterea riscului mortalității neonatale ca și creșterea circumferinței occipito-frontale a nou născuților ceea ce a determinat travalii prelungite, nașteri vaginale laborioase și creșterea ratei cezarienelor. [131](Ib) [132](IIa)

5.10. IMUNIZĂI LA GRAVIDE

RECOMANDĂRI

R38. Vaccinarea antitetanică (la primipare dozele fiind administrate în săptămâna 32 și 36 de amenoree).	**C**
R39. Vaccinarea antigripală de rutină a gravidelor cu vaccin cu virus inactivat în lunile octombrie-noiembrie.	**C**
R40. Administrarea de rutină a imunoglobulinei antiD în primele 72 ore de la naștere la gravidele Rh negative neimunizate care au dat naștere unui făt Rh pozitiv.	**A**

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 53

5.10.1. Vaccinarea antitetanică

Recomandările Ministerului Sănătății din România prevăd vaccinarea antitetanică după următoarea schemă:

✓ gravidele nevaccinate, incomplet vaccinate sau cu antecedente vaccinale imposibil de reconstituit se vaccinează, la prima sarcină, cu două doze de vaccin tetanic absorbit (VTA) sau bivaccin difterotetanic tip adult (dT) 0,5 ml, administrat intramuscular, în regiunea deltoidiană, în săptămâna 34 și 38 de amenoree; această primovaccinare se continuă cu revaccinarea I-a, cu 0,5 ml VTA, sau (preferabil) dT, administrată la 6-12 luni de la a doua doză a primovaccinării și cu revaccinarea a II-a cu o doză identică, la 5 ani de la revaccinarea I-a;

✓ gravidele primipare vaccinate sau primovaccinate și revaccinate se revaccinează cu o doză de VTA sau preferabil, dT, 0,5 ml, intradeltoidian, la 34 săptămâni de amenoree;

✓ secundiparele și multiparele se vaccinează antitetanic numai dacă au trecut mai mult de 10 ani de la ultima revaccinare primită. [5](IV)

Având în vedere că sarcina la termen este între 37 și 42 săptămâni, vaccinarea după schema recomandată de Ministerului Sănătății se dovedește greu de transpus în practică, multe femei nemaifiind vaccinate la 38 săptămâni. Ar fi mai fezabilă vaccinarea mai precoce în sarcină (săptămâna 32 și 36 de amenoree).

5.10.2. Vaccinarea antigripală

Vaccinul antigripal poate fi utilizat în timpul sarcinii deoarece conține virus inactivat, neavând efect teratogen. Gravidele au indicație de a fi vaccinate antigripal deoarece la acestea, gripa îmbracă deseori forme severe (uneori „maligne“) cu complicații grave. În primul trimestru de sarcină gripa poate avea efect abortiv.[133](IV)

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 54

Înregistrările din SUA cu privire la vaccinarea antigripală a 2000 de gravide nu au demonstrat efecte adverse fetale.[134](IV)

Vaccinarea trebuie realizată în lunile octombrie și noiembrie. [135](III)

Femeile care prezintă boli asociate care cresc riscul unor eventuale complicații ale gripei trebuie vaccinate înaintea sezonului de gripă, indiferent de trimestrul de sarcină în care se află. [136](IV)

5.10.3. Administrarea de imunoglobulină anti-D

Gravida Rh negativ poate dezvolta anticorpi antiRh în timpul sarcinii dacă fătul este Rh pozitiv. Anticorpii se dezvoltă mai frecvent după 28 de săptămâni de sarcină.

Imunoglobulina anti D administrată în primele 72 de ore după naștere la toate femeile Rh negative fără anticorpi antiD și care au dat naștere unui copil Rh pozitiv (ori la care nu există posibilitatea determinării statusului Rh) reduce riscul izoimunizării. [137](Ia)

5.11. EDUCAȚIA SANITARĂ A GRAVIDEI

RECOMANDĂRI

R41. Consilierea gravidei privind:	
1. abstinența sau consumul a cel mult una-două unități de alcool pe săptămână;	**C**
2. întreruperea fumatului pe parcursul evoluției sarcinii;	**A**
3. întreruperea consumului de droguri pe parcursul evoluției sarcinii;	**C**
4. reducerea consumului de cofeină pe parcursul evoluției sarcinii;	**C**
5. dieta echilibrată;	**A**

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 55

6. măsurile de prevenție primară pentru evitarea infecției cu toxoplasma;	**B**
7. în absența oricăror complicații medicale, 30 de minute de exerciții moderate pe zi;	**C**
8. îmbrăcăminte adecvată;	**C**
9. reducerea factorilor de risc de la locul de muncă;	**C**
10. activitatea sexuală pe parcursul sarcinii;	**B**
11. regulile ce trebuie respectate privind călătoriile;	**C**
12. modificările fiziologice ale organismului matern în sarcină;	**C**
13. semnele de alarmă care impun prezentarea de urgență la medic sau internarea;	**C**
14. prevenirea expunerii la factori infecțioși;	**C**
15. pregătirea pentru naștere, alăptare și îngrijirea nou născutului.	**C**
R42. Consilierea psihologică în cazul violenței domestice.	**B**
R43. Controlul stomatologic din primele luni de sarcină.	**C**

Educația prenatală este principala modalitate de transmitere a informațiilor corecte despre sarcină. Medicul ar trebui să discute atât cu gravida cât și cu tatăl copilului sau cu restul familiei. (Anexa 5)[138, 139](IV)

Elementele de consiliere ar trebui să includă:

5.11.1. Probleme minore de disconfort în timpul sarcinii:

1. Pentru multe paciente grețurile matinale sunt supărătoare dar nu posibil periculoase. În general, greața poate fi combătută prin măsuri dietetice (administrarea de cantități mici de alimente în permanență, evitarea alimentelor prăjite și puternic condi-

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 56

mentate). Laptele poate cauza greață și vărsături dar poate fi eliminat numai temporar din alimentație. Pentru reducerea greșurilor și vărsăturilor poate fi administrată piridoxina 25-50 mg de 2-3 ori pe zi. În cazuri grave cu vărsături, scădere în greutate este necesară spitalizarea.[28](IV)

2. Pirozisul poate fi combătut prin eliminarea lichidelor consumate în timpul meselor și restricție de lichide anterior mesei la 2 ore după mese. De asemenea trebuie evitată poziția culcată după masă și dacă simptomele sunt deranjante pot fi administrate antiacide fără aluminiu cu doză redusă de sodium [28](IV).

3. Constipația este o problemă comună în sarcină. Creșterea fiziologică a progesteronului determină un tranzit intestinal redus. Suplimentele dietetice în fibre par să trateze constipația. Dacă problema nu se rezolvă, laxativele stimulante par a fi mai eficiente. [28](IV)

4. Hemoroizii reprezintă o problemă relativ frecventă în timpul sarcinii. În general se recomandă consumul crescut de lichide, exerciții fizice în mod regulat.[140](IV)

5. Varicele pot apare la nivelul picioarelor sau la nivel vulvar. Pentru reducerea durerilor se evită ortostatismul prelungit, încrucișarea picioarelor în caz de poziție șezândă, purtarea jartierelor sau a ciorapilor elastici și se recomandă mișcarea picioarelor cât mai des, ciorapi „suport“ care se pun înainte de coborârea din pat, iar în caz de varice vulvare ridicarea dinspre picioare a patului [140](IV).

6. Dorsalgia: este o acuză frecventă în timpul sarcinii. Durerea intensă sau persistentă necesită consult medical. Aceste dureri pot fi reduse dacă: aplecarea se face prin îndoirea genunchilor, se evită ridicarea obiectelor grele, se poartă tocuri joase, se utilizează o pernă tare la spate când se stă în poziția șezut, se utilizează, pentru odihnă, poziția „culcat pe o parte cu genunchii trași în sus pe un pat tare“. [140](IV)

Alte acuze ce pot fi semnalate de femeia gravida sunt: micțiunile frecvente, dureri de cap, insomnie, prurit, sângerare

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 57

nazală, parestezii, edeme gambiere vesperale, sialoree. Acestea sunt rezultatul modificărilor hormonale asociate sarcinii sau creșterii volumului uterin. [140](IV).

5.11.2. Semne de alarmă ce impun prezentarea de urgență la medic

– Sângerare vaginală cu sau fără dureri
– Dureri abdominale intense
– Edeme generalizate
– Amețeli
– Cefalee intensă
– Tulburări de vedere brusc instalate
– Creștere bruscă în greutate (peste 500 g/zi)
– Vărsături în a 2-a parte a sarcinii
– Dureri în abdomenul superior
– Dispariția percepției mișcărilor fetale

5.11.3. Semne de naștere ce impun internarea pentru asistența la naștere

– Eliminarea dopului gelatinos
– Ruperea membranelor
– Apariția contracțiilor uterine regulate

5.11.4. Consumul de alcool

Consumul de alcool de 30-60 ml. alcool pe zi în sarcină determină întârziere moderată a creșterii, deficit mintal ușor și tulburări de comportament; consumul mai mare de 100 ml alcool pe zi determină sindromul alcoolic fetal. [141](IV)

Autorii recomandă abstinența sau cel mult consumul a una-două unități de alcool pe săptămână.

Femeile care consumă alcool trebuie incluse în programe educaționale speciale. [142](Ib)

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 58

5.11.5. Fumatul

Fumatul este unul dintre factorii de risc pentru greutate mică la naștere sau naștere prematură. Intervenția precoce în timpul sarcinii prin materiale scrise, educație, consiliere și suport din partea practicienilor sau moașelor crește semnificativ numărul de femei care opresc fumatul sau reduc numărul de țigări cu mai mult de 50% determinând scăderea numărului de copii cu greutate mică la naștere. Se pare că o consiliere suplimentară prin telefon între vizitele prenatale are o rată de succes crescută în reducerea fumatului. [143],[144](Ia)

Femeile incapabile de a renunța la fumat, trebuie încurajate să reducă numărul de țigări fumate într-o zi [145](IV).

5.11.6. Consumul de droguri

Consumul de droguri în sarcină este nociv. Crește mult riscul de avort și naștere de făt mort sau dependența de drog a copilului [140](IV).

5.11.7. Consumul de cafea

Nu există suficiente dovezi în legătură cu efectele cafeinei asupra fătului, dar copii mamelor care alăptează și consumă multă cafea sunt mai nervoși [140](IV)

5.11.8. Alimentația

Pentru majoritatea gravidelor o dietă echilibrată conținând aproximativ 2300 kcal zilnic oferă o nutriție adecvată în timpul sarcinii. Dieta trebuie să conțină un procent crescut din anumiți nutrienți, în special proteine, calciu și acid folic. [107](Ia)

În ceea ce privește consumul de sare, în trecut, femeile erau sfătuite să mențină o dietă hiposodată pentru reducerea riscului

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 59

de preeclampsie. Studiile recente relevă faptul că se poate consuma sare după preferință. [146](Ia)

Restricțiiile dietetice la gravidele supraponderale sau cu o creștere excesivă în greutate în timpul sarcinii nu sunt benefice și pot fi chiar dăunătoare dezvoltării fătului. [147](Ia)

S-a pus, de asemenea, problema dacă este necesară o dietă cu evicție alergenică la femeile care au un risc crescut de a naște un copil atopic pe baza unui istoric de boală atopică la mamă, tată sau la un copil precedent. Concluziile sunt că o dietă cu evitarea alergenilor este improbabil să reducă acest risc. Mai mult, această dietă poate avea efecte adverse asupra nutriției mamei-fătului. [148](Ia)

Gravida trebuie sfătuită asupra modului de preparare igienică a alimentelor. Pentru reducerea riscului unor boli infecțioase (toxoplasmoza, listerioza, salmoneloze s.a.) gravida trebuie să consume doar laptele pasteurizat și carnea bine gătită. Nu se recomandă consumul de brânză fermentată (Camembert), pate (indiferent de sortiment incluzând cel vegetal) și ouă crude (maioneză).[82](III)[145](IV).

5.11.9. Activitatea fizică

Modificările fiziologice și morfologice la o femeie gravidă pot interfera cu capacitatea de a efectua în siguranță anumite forme de activitate fizică. Femeile trebuie foarte bine evaluate înainte de a le recomanda un anumit program de exerciții. În general, participarea la activități recreaționale pare a fi sigură totuși activitatea trebuie individualizată. Trebuie excluse activitățile cu risc crescut de traumatism abdominal și scufundările care pot provoca boala de decompresie la făt. În absența unei complicații medicale sau obstetricale, 30 de minute de exerciții moderate pe zi, în fiecare zi sau în majoritatea zilelor săptămânii sunt recomandate.[149](IV)

Se recomandă efectuarea masajului perineal care pare a avea beneficii în reducerea rupturilor perineale, a episiotomiei sau

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 60

a nașterilor instrumentale. Efectul este mai mare la femeile de peste 30 de ani. [150](Ib)

5.11.10. Îmbrăcămintea

Este necesară schimbarea taliei hainelor începând din a III-a lună de sarcină. Se recomandă lenjeria de bumbac, prinsă la nivelul umerilor și nu în talie. Este necesar un sutien bun care să susțină sânii. Se recomandă pantofi comozi cu tocuri joase (nu fără tocuri). [140](IV).

5.11.11. Locul de muncă

Se consideră că anumite condiții de lucru reprezintă factori de risc: lucru mai mult de 10 ore pe zi, ortostatism prelungit, zgomot excesiv, stress psihic crescut, frig, substanțe toxice, efort fizic susținut, activitatea în schimburi.

5.11.12. Legislația în vigoare

Gravida trebuie informată asupra prevederilor legislative specifice privind: prioritatea la consultații, drepturile și obligațiile sale în relația cu sistemul sanitar existent, algoritmul îngrijirilor prenatale, concediul de risc maternal, concediul pre și postnatal, concediul de boală.

5.11.13. Violența domestică

Unele femei trăiesc experiența unor violențe domestice, sarcina acestor femei considerându-se o sarcină cu risc. Screening-ul repetat în timpul sarcinii asupra dovezilor de violență crește depistarea cazurilor. Femeile care sunt cunoscute a fi abuzate și cărora li se oferă consiliere și ajutor își îmbunătățesc starea psihică în timpul sarcinii și postpartum. [151](IIa)

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 61

5.11.14. Activitatea sexuală

Nu sunt cunoscute efecte adverse ale activității sexuale în timpul sarcinii. [152] (Ib)

În absența motivelor medicale care să recomande abstinența, activitatea sexuală pe parcursul sarcinii va fi normală.[143](IV)

5.11.15. Călătoriile

Cea mai bună perioadă pentru călătorii este trimestrul al II-lea de sarcină.Gravidele trebuie sfătuite să poarte haine largi și pantofi comozi.[140](IV).

Pentru călătoriile cu mașina se recomandă o poziție corectă a centurii (cureaua superioară între sâni, iar cea inferioară sub abdomen), opriri dese, gustări mici și consum de lichide.Nu se recomandă drumuri mai lungi de 3 ore la volan pentru femeia gravidă, în trimestrul II și III de sarcină.

În caz de călătorie cu avionul se recomandă întinderea mâinilor și picioarelor cât mai des, datorită riscului de tromboză venoasă.[145](IV)

Nu se utilizează medicamente pentru răul de avion sau de mașină fără sfatul medicului.

OMS recomandă evitarea vizitelor în zone endemice de holeră sau malarie pentru femeia gravidă [140](IV).

5.11.16. Alte sfaturi pentru femeia gravidă

Se recomandă control stomatologic din primele luni de sarcină.[140](IV)

5.11.17. Implicarea familiei și ajutorul la naștere:

Medicul trebuie să programeze una sau mai multe vizite ale tatălui sau ale altor rude pentru a discuta probleme legate de

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 62

sarcină și naștere. De asemenea, cu această ocazie se vor discuta aspecte legate de prezența familiei în sală la momentul nașterii. Persoanele alese de mamă pentru a-i asigura suport fizic și moral în timpul nașterii ar trebui să fie acceptate în timpul travaliului.[153](Ia)

5.11.18. Alăptarea

Majoritatea mamelor iau decizia asupra modului de alimentare a copilului încă din timpul sarcinii. Educația prenatală oferă ocazia excelentă de promovare a alimentației naturale. Se pare că atunci când personalul medical este activ implicat în consilierea pentru alăptare, mai multe femei adoptă această metodă de alimentație și o păstrează o perioadă mai mare de timp. [154](IIb)

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 63

6. IMPLEMENTAREA - CRITERII DE AUDIT

Obiective:

1. diagnosticarea și înregistrarea precoce a sarcinii
2. respectarea protocolului de identificare a gravidelor cu risc scăzut
3. planificarea vizitelor ulterioare
4. respectarea protocolului de evaluare inițială și ulterioară a gravidei cu risc scăzut
5. respectarea recomandărilor privind administrarea profilactică a suplimentelor
6. respectarea recomandărilor explorărilor paraclinice pentru vizitele prenatale în funcție de vârsta sarcinii
7. respectarea recomandării de a face o ecografie între 18-22 săptămâni de sarcină
8. urmărirea gradului de satisfacție a gravidelor

Problema	Obiectivul de urmărit	Indicatori
Gravidele nu se prezintă din primul trimestru pentru luarea în evidență	diagnosticarea și înregistrarea precoce a sarcinii	Nr.cazuri depistate în primul trimestru / Nr. cazuri total depistate Nr. gravide care au efectuat test de sarcina/ Nr. gravide aflate în evidența Nr. medici de familie care recomandă teste de sarcină pentru diagnostic precoce/ Nr. medici de familie care supraveghează gravide
Clasificările actuale nu au acuratețea necesară identificării gravidelor cu risc scăzut	respectarea protocolului de identificare a gravidelor cu risc scăzut	Nr. medici de familie care utilizează tabelul cu recomandări OMS/ Nr. medici de familie care supraveghează gravide

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 64

		Nr. gravide evaluate cu risc după tabel OMS/ Nr. gravide aflate în evidență
Recomandările în vigoare prevăd un număr mai mare de vizite	planificarea vizitelor ulterioare	Nr gravide planificate la 8 vizite / Nr. gravide aflate în evidență Nr. medici de familie care planifică 8 vizite prenatale / Nr. medici de familie care supraveghează gravide
Există variații mari în evaluarea inițială (și sau ulterioară) a gravidei	respectarea protocolului de evaluare inițială a gravidei cu risc scăzut	Nr. gravide evaluate conform protocolului de evaluare inițială (ulterioară) a gravidei cu risc scazut/ Nr. gravide aflate în evidență
Există variații mari în recomandarea de rutină a suplimentelor	respectarea recomandărilor privind administrarea profilactică a suplimentelor	Nr. gravide la care s-a respectat administrarea profilactică a suplimentelor / Nr. gravide aflate în evidență Nr. medici de familie care respectă recomandările privind administrarea profilactica a suplimentelor / Nr. medici de familie care supraveghează gravida
Exista mari variații privind explorările de laborator recomandate în cadrul îngrijirilor prenatale	respectarea recomandărilor explorărilor paraclinice în funcție de vârsta sarcinii	Nr. gravide la care au fost respectate recomandările referitoare la explorărilor în funcție de vârsta sarcinii/ Nr. gravide aflate în evidență Nr. medici de familie care respectă recomandările referitoare la explorările paraclinice în funcție de vârsta sarcinii / nr. medici de familie care supraveghează gravide
Exista tendința de a recomanda un număr mare de ecografii în toată perioada prenatală	respectarea recomandării de a face o ecografie între 18-22 săptămâni de sarcina	Nr. gravide care au o ecografie între 18-22 săptămâni /Nr. gravide cu un număr mai mare de ecografii Nr. gravide care au o ecografie între 18-22 săptămâni / Nr. gravide aflate în evidență

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 65

		Nr. medici de familie care respectă recomandarea /Nr. medici de familie care supraveghează gravida
Informarea, educarea și comunicarea cu gravida	urmărirea gradului de satisfacție al gravidelor	Chestionare de evaluare a satisfacției gravidei Chestionare de evaluare a modalităților de informare, educare și comunicare cu gravida pentru medicii de familie

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 66

7. GLOSAR DE TERMENI

Algoritm – succesiune de operații elementare care constituie o schema de rezolvare a unei probleme

Cercetare calitativă – este utilizată pentru a explora și înțelege opiniile, experiențele, atitudinea, comportamentul și interacțiunile unei populații. Ea generează date non numerice.

Cohorta – un grup de oameni cu caracteristici comune urmăriți, într-un studiu de cercetare, pentru o anumită perioadă de timp.

Consens – acordul majorității asupra unei probleme

Deces neonatal precoce – decesul nou-născuților în perioada 0-6 zile de la naștere

Eficacitate – descrie efectul real al tratamentului sau intervenției în condiții optime, ideale.

Ghid de practică clinică – este o lucrare realizată metodic, pentru a ajuta medicul și pacientul în luarea celei mai bune decizii privind îngrijirile necesare unei anumite situații clinice.

Inhibina A – hormon secretat de gonade. Are valori ridicate în plasma femeilor gravide al caror făt are sindrom Down. Face parte din testele de screening pentru sindrom Down în trimestrul al doilea de sarcină.

Interval de încredere – un mod de a exprima gradul de certitudine asupra rezultatelor unui studiu, utilizând tehnici statistice. Descrie rangul posibilelor efecte (ale unui tratament sau intervenții) care este consistent cu rezultatele unui studiu. Un interval de încredere larg reflectă o lipsă de certitudine sau precizie cu privire la adevărata mărime a efectului clinic și este întâlnit în studii cu un număr prea mic de indivizi. Un interval de încredere îngust indică estimări mult mai precise ale efectului și un esantion mai mare de persone studiate. Uzual se interpretează un „interval de încredere 95%“ ca fiind rangul (intervalul) evenimentelor în care avem 95% încredere că se afla adevăratul efect.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 67

Meta analiza – integrează statistic rezultatele unei colecții de studii independente investigând aceeași intervenție, pentru a sintetiza rezultatele lor într-o singură estimare a efectului tratamentului.

Nomograma – reprezentare grafică în plan, folosind linii sau puncte cotate, a unei relații dintre două sau mai multe mărimi variabile, cu ajutorul căreia se pot determina rapid valorile unei mărimi în funcție de valorile cunoscute ale celorlalte mărimi care intră în relația considerată.

Practica clinica bazată pe dovezi – luarea deciziilor referitoare la îngrijirea pacienților pe baza celor mai bune dovezi științifice accesibile și nu pe baza opiniilor personale sau practicii comune. Implică integrarea experienței clinice individuale și preferințelor pacientului cu cele mai bune dovezi științifice accesibile.

Recenzie sistematică – o recenzie în care dovezile studiilor științifice despre un anume subiect au fost identificate, evaluate critic și sintetizate după o metodologie prestabilită.

Screening – metoda de identificare, în populația aparent sănătoasă, a unor factori de risc, boli sau condiții, prin intermediul testelor, examinărilor sau altor proceduri.

Sensibilitatea – abilitatea unui unui test de a identifica corect pe cei pozitivi (cu adevărat bolnavi)

Sindromul alcoolic fetal – este caracterizat printr-un mănunchi de defecte congenitale pe care le dezvoltă copiii ale căror mame consumă băuturi alcoolice în timpul sarcinii. Defectele congenitale includ tulburări de creștere pre- și postnatală, malformații faciale, microcefalie, disfuncție a sistemului nervos central și malformații de diferite grade ale organelor.

Specificitatea – abilitatea unui test de a identifica corect pe cei negativi (cei care sunt sănătoși).

Suplimente nutritive – sunt acele produse de sinteză sau din plante care sunt utilizate în scopul întreținerii și menținerii funcționalității normale a organismului.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 68

Studiu caz-control – compară și analizează retrospectiv două grupuri, unul cu o anumită boală sau condiție (cazuri) și altul fără acea boală sau condiție, dar similar din celelate puncte de vedere (grup control), identificând expunerea la un factor de risc căruia îi poate fi atribuită o relație cu boala sau condiția respectivă.

Studiu cohorta – studiu observațional care urmărește evoluția, de-a lungul timpului, a unui grup de indivizi cu o anumită condiție, comparându-l cu alt grup (grupul martor) de indivizi fără acea condiție, cu scopul de a măsura și compara rezultate specifice în cele două grupuri.

Studiu transversal – observarea unei populații într-un anumit moment sau interval de timp. Expunerea și rezultatele sunt determinate simultan.

Translucența nucală – este un termen folosit pentru a descrie o zonă translucida în regiunea nucală (posterioară a gâtului) a fătului și este tipic observată ecografic în primul trimestru de sarcina. Este folosită ca test screening pentru sindromul Down.

Trial *randomizat* controlat – un studiu care testează un medicament sau *tratament* specific, în care indivizii sunt repartizați randomizat în două sau mai multe grupuri: unul (grup experimental) primind tratamentul care este testat și celălalt (grup control) primind un tratament alternativ, placebo sau nici un tratament. Cele două grupuri sunt urmărite pentru a compara diferențele în privința rezultatelor și a vedea cât de eficace a fost tratamentul experimental. Prin randomizare, cele două grupuri trebuie să fie similare sub toate aspectele cu excepția tratamentului pe care-l primesc în timpul studiului.

Unitate de alcool – 10 ml ca volum sau 8 grame ca greutate de alcool pur

Vaginoza – infecție nespecifică a vaginului, caracterizată prin leucoree gri, mirositoare și asociată cu culturi pozitive de și alți anaerobi și scădere a lactobacililor.

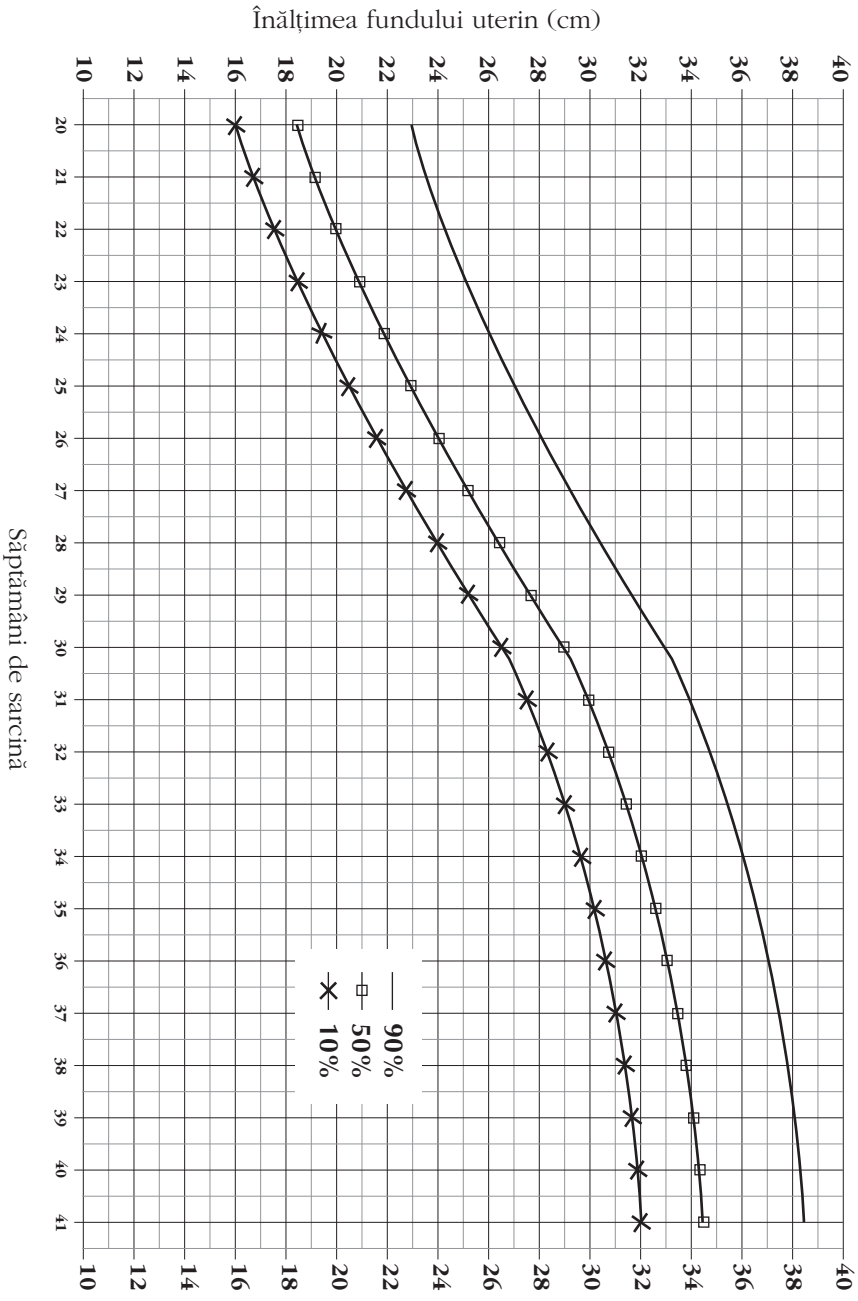
Validitatea – se referă la rigurozitatea și integritatea unui studiu. Un studiu este valid dacă modul de concepție și realizare conduce la concluzia că rezultatele nu sunt eronate; ceea ce echivalează cu estimarea reală a eficienței clinice.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 69

ANEXE

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 70

ANEXA 1. ÎNĂLȚIMEA FUNDULUI UTERIN DUPĂ SPTĂMÂNA DE SARCINĂ



ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 71

ANEXA 2. PALPAREA OBSTETRICALĂ A ABDOMENULUI

Efectuată corect și cu atenție permite stabilirea diagnosticului de prezentație, poziție sau de sarcină multiplă.

Palparea abdominală presupune examinarea pe rând a tuturor părților uterului, preferându-se o succesiune de gesturi cunoscute ca manevrele sau timpii lui Leopold și Pinard.

Tehnica palpării obstetricale descrisă de **Leopold** comportă 5 timpi (examinatorul stă în dreapta femeii gravide care este în decubit dorsal, cu gambele semiflectate pe coapse și coapsele semiflectate pe bazin):

– timpul 1: de acomodare a gravidei cu mâinile examinatorului; palparea se va face cu blândețe, plimbând palma deschisă pe întreg abdomenul femeii gravide apreciind consistența peretelui uterin, a cantității de lichid amniotic, decelarea contracțiilor uterine etc;

– timpul 2: examinatorul delimitează înălțimea fundului uterin cu marginea cubitală a mâinii stângi. Cu această ocazie se va măsura înălțimea uterului, de la marginea superioară a simfizei alunecând ușor pe tegumentele abdominale până ajunge la fundul uterului, când mâna ia poziție verticală, marginea cubitală deprimând peretele abdominal și delimitând precis înălțimea fundului uterin ;se măsoară înălțimea uterului cu o bandă metrică, de la simfiza pubiană la fundul uterului; se recomandă să se măsoare și circumferința abdominală la punctul de maximă proeminență (la nivelul ombilicului);

– timpul 3: constă în palparea segmentului inferior al uterului și permite stabilirea prezentației. Se realizează cu mâinile dispuse convergent, paralel cu regiunile inghinale, la 2 cm de aceasta, prezentația fiind palpată astfel cu vârfurile degetelor. Palparea prezentației poate fi efectuată și unimanual: examinatorul orientat cu fața în direcția extremității cefalice a gravidei,

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 72

va prinde prezentația între police și celelalte patru degete ale mâinii drepte.

✓ Rotundă, dură, relativ regulată, nedepresibilă — prezentație craniană

✓ Neregulată, de consistență inegală, depresibilă — prezentație pelvină

✓ Polul inferior al uterului gol — prezentație transversală

Cu această ocazie se descrie și situația craniului față de strâmtoarea superioară: craniu mobil (ușor de mobilizat), craniu fixat sau deja angajat (situație în care se palpează doar baza craniului fetal evident nemobilizată) sau craniu profund angajat (când prezentația nu se mai poate identifica prin palpare abdominală)

– timpul 4: examinatorul palpează cu ambele mâini regiunea fundului uterin, delimitând formațiunea fetală care ocupă această regiune a uterului, precum și tensiunea lichidului amniotic.

– timpul 5: constă în palparea flancurilor ; permite stabilirea spatelui fetal (în flancul drept sau stâng) și deci diagnosticul de poziție. Se efectuează atât bimanual cât și unimanual (o mână palpează spatele iar cealaltă este aplicată în flancul opus și fixează trunchiul fetal). În cazul unei așezări transversale se vor palpa într-unul din flancuri o formațiune cu caracterele extremității cefalice, iar în celălalt flanc o formațiune cu caracterele pelvine (descrise la timpul 3).

Tehnica palpării obstetricale descrisă de **Pinard** comportă 3 timpi:

– timpul 1: palparea polului inferior al uterului, cu mâinile situate de o parte și de alta a liniei mediane. Prin deprimarea progresivă a peretelui abdominal se poate evidenția extremitatea cefalică sau pelviană (descrise anterior),în cazul unei așezări longitudinale a fătului, sau întâlnirea degetelor palpatorii când segmentul inferior este gol (prezentație transversală) ;

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 73

– timpul 2: palparea planului dorsal al fătului pornind de la occiput ;
– timpul 3: cercetarea depresiunii cervicale.

În cazul când datele furnizate de primii 2 timpi sunt incerte, ele se completează cu manevra descrisă de **Budin**: împingerea în jos a fundului uterin, imobilizând fătul între mâna examinatorului și strâmtoarea superioară, accentuându-se astfel curbura dorsală a fătului ale cărui caractere se identifică mai ușor.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 74

ANEXA 3. PREPARATE CU ADMINISTRARE P.O. CARE CONȚIN FIER

continut	DENUMIRE PRODUS	Fe (mg)	Ac. folic (mg)
Fier bivalent / preparate orale	**ferrosii fumaras**		
	FERRONAT, susp. pentru uz intern	50/5 ml.	
	FERRUM HAUSMANN, fiole	100/2 ml.	
	FERRUM HAUSMANN, sirop	10/ml.	
	FERRUM HAUSMANN, soluție pentru uz intern	50/ml.	
	HEFEROL, capsule	100	
	ferrosii gluconas		
	FERGLUROM, soluție buvabilă (2%/4%)	12/24/5 ml	
	FERROUS GLUCONATE, comprimate filmate	300	
	GLUCONAT FEROS, comprimate	35	
	TOT'HEMA, fiole buvabile	50/10 ml	
	FERRONAL	300	
	ferrosii glutamas		
	GLUBIFER, drageuri	100	
	GLUTAMAT FEROS, soluție buvabilă	22/5 ml.	
	ferrosii sulfas		
	FERRO GRADUMET, comprimate	105	
	PLASTUFER, capsule	100	
	RESOFERON, drageuri	37	
	RETAFER, comprimate dep.	100	
	SORBIFER DURULES, comprimate filmate	100	
	TARDYFERON, drageuri	80	
Fier trivalent/ preparate orale	FER - SOL, soluție buvabilă	24/ml	
	FIER POLIMALTOZAT, soluție buvabilă	100/2 ml	
Fier în combinații cu acid folic	FERRETAB, capsule	50	0,5
	FERROGRAD FOLIC, comprimate filmate	105	0,35
	PLASTULEN - N, capsule	102	0,5
	TARDYFERON FOL, drageuri	80	0,35
Fier în alte combinații	CEBION PLUS EISEN, comprimate efervescente	9	
	FERROGRAD - C, comprimate filmate	105	
	OLIGOVIT, drageuri	10	
	OPTICAL COMPOUND, comprimate efervescente	20	0,1
	RESOFERON FOL B, drageuri	37	0,1
	SIROFER, sirop	35/5 ml	
	TOT'HEMA, soluție buvabilă	50/10 ml	

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 75

ANEXA 4. PREPARATE CU ADMINISTRARE P.O. CARE CONȚIN CALCIU

DENUMIRE COMERCIALĂ	CONȚINUTUL ÎN CALCIU AL PREPARATULUI
BEROCCA® CALCIU ȘI MAGNEZIU	Calciu 100 mg
CALCIU + VITAMINA D (cp)	Calciu 250 mg
CALCIU EFERVESCENT 200	200 mg calciu, echivalentul a 1,850 g gluconolactat de calciu
CALCIU FORTE	Carbonat de calciu 200 mg
CALCIU FORTE 500 (cp)	calciu lactat - gluconat 2,94 g; calciu carbonic 0,30 g (echivalentul
CALCIU GRANULAT	a 500 mg calciu ionizabil) calciu gluconic 50 g
CALCIU LACTIC (cp 500 mg)	lactat de calciu 5H2O 500 mg
MATERNA cu SELENIU	carbonat de calciu 250 mg
PRENATAL VITAMINS (cp)	Calciu 200 mg
CALCIU SANDOZ (500 mg)	500 mg. calciu
CALCIU SANDOZ (1000 mg)	1000 mg calciu
Cal-C-Vita	250 mg calciu
Calcium Magnesium with Vitamin D	333 mg calciu

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 76

ANEXA 5. EDUCAȚIA SANITARĂ A GRAVIDEI

TRIMESTRUL I

– informarea despre frecvența vizitelor prenatale (lunar în primul trimestru);
– drepturile pacientei și responsabilitățile ei;
– consilierea în legătură cu alimentația și creșterea în greutate;
– utilizarea de suplimente nutritive;
– riscul fumatului, al consumului de alcool, droguri;
– consilierea HIV;
– modificările fiziologice ale organismului matern în sarcină;
– factorii de risc de mediu (toxoplasmoză, TBC etc.);
– factorii ocupaționali;
– activitatea fizică;
– violența domestică;
– semnele de apariție a unor complicații ale sarcinii;
– activitatea sexuală în timpul sarcinii;
– contactul cu medicul în caz de urgență.

TRIMESTRUL AL II-LEA

– modificările induse de sarcină, fiziologice sau patologice;
– indicațiile referitoare la semnele de naștere sau naștere prematură;
– elementele legate de alimentație;
– semnele complicațiilor;
– îmbrăcămintea și încălțămintea;
– igiena orală și igiena generală;
– influența locului de muncă asupra sarcinii.

TRIMESTRUL AL III-LEA

– noțiunile despre procesul travaliului și al nașterii;
– informarea despre anestezie-analgezie la naștere;
– pregătirea pentru spitalizare, alegerea locului unde va naște, informații despre lucrurile pe care trebuie să le pregătească și să le aibă asupra sa femeia;
– concediul prenatal;
– pregătirea pentru îngrijirea copilului;
– planurile de alimentație a copilului, promovarea alimentației naturale;
– pregătirea sânilor în vederea lactației;
– alimentația mamei;
– ajutorul familiei;
– informațiile despre lăuzia fiziologică și cea patologică;
– reluarea activității sexuale după naștere și a exercițiului fizic;
– contracepția.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 77

ANEXA 6. CONȚINUTUL ÎN CALCIU ȘI FIER AL ALIMENTELOR (MG LA 100 G ALIMENT)[155]

Nr. crt	Denumirea alimentului	Ca	Fe
	LAPTE ȘI PREPARATE		
1	Lapte de vacă integral	125	0,05
2	Lapte smântânit	110	-
3	Lapte bivoliță	126	0,3
4	Lapte batut de vacă	125	0,05
5	Iaurt din comerț	140	0,3
6	Brânză vacă grasă	162	-
7	Brânză dietetica vacă	250	0,5
8	Brânză de burduf	922	-
9	Telemea de vacă	500	0,6
10	Cașcaval Olanda	720	1,0
	CARNE ȘI PREPARATE		
1	Carne de vacă slabă	11	3,3
2	Carne de vacă semigrasă	10	3,5
3	Carne de porc semigrasă	10	2,5
4	Carne de oaie	10	3
5	Carne de miel	9	2,4
6	Carne de găină	12	1,5
7	Carne de curcă	10	3,1
8	Creier de bovine	10	3,6
9	Ficat de bovine	12	12
10	Rinichi de bovine	12	10
11	Limbă de bovine	30	3
	PEȘTE ȘI PREPARATE		
1	Crap	30	1,4
2	Șalău	21	0,6
3	Știucă	36	0,7
4	Stavrizi	75	4
5	Crap în sos tomat	356	-
6	Știucă în sos tomat	379	-
	OUĂ		
1	Ou de găină integral	52	2,7
2	Gălbenuș de ou de găină	145	7
3	Albuș de ou de găină	5	0,1

Nr. crt	Denumirea alimentului	Ca	Fe
	LEGUME		
1	Ardei gras verde	8	0,6
2	Ardei gras roșu	-	0,8
3	Cartofi maturi	523	0,2
4	Castraveți	23	1,2
5	Ceapă verde	135	1
6	Ceapă uscată	34	0,4
7	Fasole verde	65	1,1
8	Pătrunjel rădăcini	89	-
9	Pătlăgele roșii	14	1
10	Praz	70	1
11	Morcovi	242	5,9
12	Pastă de tomate	78	2,3
	FRUCTE		
1	Banane	6,2	0,6
2	Caise	17	0,5
3	Căpșuni	21	1
4	Măcese	50	3,8
5	Pepeni galbeni	63	0,9
6	Pepeni verzi	18	0,5
7	Zmeură	40	1,2
8	Smochine uscate	186	3
9	Caise uscate fără sâmburi	136	10
10	Curmale uscate cu sâmburi	71	3
11	Alune curățate	209	3,4
12	Nuci	99	3
13	Măsline negre	70	-
14	Măsline verzi	78	1,6
	PRODUSE ZAHAROASE		
1	Miere de albine	5	0,6
2	Caramele cu fructe	476	-
3	Caramele cu miere	493	
4	Ciocolată cu lapte	175	1,7
	GRASIMI		
1	Unt	15	0,2
2	Margarină	4,1	0,3

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 78

ANEXA 7. FIȘA GRAVIDEI —URMĂRIRE STANDARD*

Nume, prenume.....
Istoric obstetrical: S N CEZ☐ A AS
Date despre tatăl biologic .....

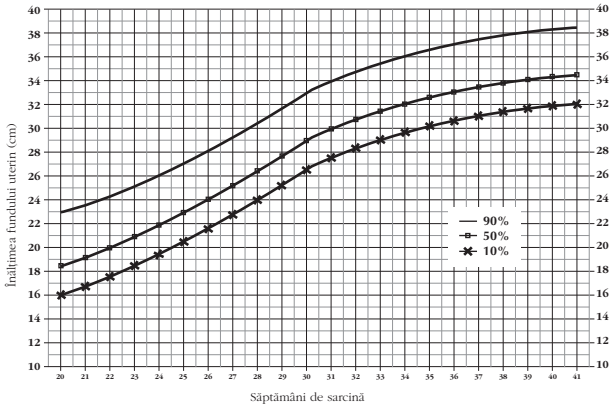
UM =
PMF =
DNP =

Factori de risc
–
–
–

Graficul greutății
(fiecare linie = 1 Kg)

vizita	Săpt. 6-12	Săpt. 6-12	Săpt. 6-12	Săpt. 6-12	Săpt. 6-12	Săpt. 6-12	Săpt. 6-12
greutate							

REPREZENTAREA GRAFICĂ A CREȘTERII ÎNĂLȚIMII FUNDULUI UTERIN



Vizita I – luarea în evidență Data ☐☐☐☐☐☐		**Observații**
Anamneza	T (cm):.....; G (kg)..... IMC: ..... tegumente și mucoase țesuturi moi sistem osteoarticular sistem limfoganglionare aparat respirator aparat circulator aparat digestiv	
Examen obstetrical – *sâni* – *EVV* – *EVD*	aparat urinar sistem endocrin sistem nervos organe de simț	
Invetigații la prima vizită test de sarcină ..... gr. sang..... Rh..... VDRL/RPR..... HIV..... Ag. HbS ..... Hb..... Ht..... sumar de urină..... FCD..... FCB..... – ecografie săpt. 11–14 – Alte..... antiRh: Rh- **Profilaxie** – acid folic: 400 µg pe zi – vaccinare antigripală (în sezon) Recomandare triplu test (săpt. 15-16) **Educație pentru sănătate**** Scor de risc OMS* = **Diagnostic:**		

* urmărirea standard se adresează gravidelor cu rics scăzut. Încadrarea în grupa de risc scăzut se face conform criteriilor OMS (vezi ghidul), la fiecare vizită.

** la fiecare vizită vor fi discutate elemente de educație sanitară specifice vârstei gestaționale, conform ghidului.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 79

Vizita 2 (16 săpt.)	Data ☐☐☐☐☐☐	**Observații:**
* G = * TA = * ÎFU = Scor de risc OMS =	Test triplu marker: Echografie săpt. 18-22: profilaxie: 60 mg fier feros + 350 µg acid folic Hb>=11g%) **Diagnostic:**	
Vizita 3 (24 săpt.)	Data ☐☐☐☐☐	
* G = * TA = * MF = * ÎFU = Scor de risc OMS =	Rp/60 mg fier feros + 350 µg acid folic (Hb"=11g%) **Diagnostic:**	
Vizita 4 (28 săpt.)	Data ☐☐☐☐☐	
* G = * TA = * MF = * ÎFU = * BCF = Scor de risc OMS =	Investigații la 28 săptămâni Hb..... Ht..... glicemie.....VDRL ..... Ac. antiRh (Rh-: neimun la vizita 1) ..... Rp/60 mg fier feros + 350 µg acid folic (Hb>=11g%) **Diagnostic:**	
Vizita 5 (32 săpt.)	Data ☐☐☐☐☐	
* G = * TA = * MF = * ÎFU = * BCF = * prezentație, poziție..... Scor de risc OMS =	- Rp/60 mg fier feros + 350 µg acid folic (Hb>=11g%) vit. D 1000 UI/zi +/- Calciu 1,2-1,5g/zi - Vaccinare antitetanică I **Diagnostic:**	
Vizita 6 (36 săpt.)	Data ☐☐☐☐☐	
* G = * TA = * ÎFU = * MF = BCF= * prezentație, poziție..... Scor de risc OMS =	- Rp/60 mg fier feros + 350 µg acid folic (Hb>=11g%) - vit. D 1000 UI/zi +/- Calciu 1,2-1,5g/zi - Vaccinare antitetanică II **Diagnostic:**	
Vizita 7 (38 săpt.)	Data ☐☐☐☐☐	
* G = * TA = * ÎFU = * MF = BCF = * prezentație, poziție..... Scor de risc OMS =	- Rp/60 mg fier feros + 350 µg acid folic (Hb>=11g%) - vit. D 1000 UI/zi +/- Calciu 1,2-1,5g/zi **Diagnostic:**	
Vizita 8 (40 săpt.)	Data ☐☐☐☐☐	
* G = * TA = * ÎFU = * MF= BCF= * prezentație, poziție..... Scor de risc OMS =	- Rp/60 mg fier feros + 350 µg acid folic (Hb>=11g%) - vit. D 1000 UI/zi +/- Calciu 1,2-1,5g/zi **Diagnostic:**	

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 80

9. BIBLIOGRAFIE

1. Dodd JM, Robinson JS, Crowther CA.Guiding antenatal care. The Medical Journal of Australia. 18 Mar 2002, 176, 6: 253-254
2. Haertsch M, Campbell E, Sanson-Fisher R. What is recommended for healthy women during pregnancy? A comparison of seven prenatal clinical practice guideline documents. Birth 1999 Mar;26(1):24-30
3. Kirkham CM, Grzybowski S. Maternity Care Guidelines checklist. To assist physicians in implementing CPGs. Can Fam Physician 1999 Mar; 45:671-8
4. Villar J, Bergsjo P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. Acta Obstet Gynecol Scand 1997 Jan;76(1):1-14
5. Ordinul nr. 12 din 09/01/2004 al Ministerului Sănătății pentru adoptarea Protocolului privind Metodologia efectuării consultației prenatale și a consultației postnatale, Carnetului gravidei și Anexei pentru supravegherea medicală a gravidei și lăuzei. Monitorul Oficial, Partea I nr. 53 din 22/01/2004
6. Frame S, Moore J, Peters A, Hall D. Maternal height and shoe size as predictors of pelvic disproportion: an assessment. Br J Obstet Gynaecol. 1985 Dec;92(12):1239-45.
7. Majoko F, Nystrom L, Munjanja S, Lindmark G. Usefulness of risk scoring at booking for antenatal care in predicting adverse pregnancy outcome in a rural African setting. J Obstet Gynaecol 2002 Nov;22(6):604-9
8. Bergsjo P, Villar J. Scientific basis for the content of routine antenatal care. II. Power to eliminate or alleviate adverse newborn outcomes; some special conditions and examinations. Acta Obstet Gynecol Scand 1997 Jan;76(1):15-25
9. WHO.New WHO antenatal care model.2002
10. Nguyen T.H, Chongsuvivatwong V. Impact of prenatal care on perinatal mortality. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 1997 Mar; 28(1):55-61.
11. Gissler M, Hemminki E. Amount of antenatal care and infant outcome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1994 Jul;56(1):9-14

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 81

12. Ahmed FU, Das AM. Beneficial effects. Three ANC visits might be the divergent point in lowering low birth weight babies. Bangladesh. Integration. 1992 Aug;(33):50-3.
13. Sayle AE, Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. A prospective study of the onset of symptoms of pregnancy. J Clin Epidemiol 2002 Jul; 55(7):676-80
14. Bastian LA, Piscitelli JT. Is this patient pregnant? Can you reliably rule in or rule out early pregnancy by clinical examination? . JAMA 1997 Aug 20;278(7):586-91
15. Butler SA, Khanlian SA, Cole LA. Detection of early pregnancy forms of human chorionic gonadotropin by home pregnancy test devices. Clin Chem 2001 Dec;47(12):2131-6
16. Wilcox AJ, Baird DD, Dunson D, McChesney R, Weinberg CR. Natural limits of pregnancy testing in relation to the expected menstrual period. JAMA 2001 Oct 10;286(14):1759-61
17. Bastian LA, Nanda K, Hasselblad V, Simel DL. Diagnostic efficiency of home pregnancy test kits. A meta-analysis. Arch Fam Med 1998 Sep-Oct;7(5):465-9
18. Manson JM, McFarland B, Weiss S. Use of an automated database to evaluate markers for early detection of pregnancy. Am J Epidemiol 2001 Jul 15;154(2):180-7
19. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gțlmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review) The Cochrane Library, Issue 2, 2004
20. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M, Lumbiganon P, Farnot U, Bersgjo P; WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. Lancet. 2001 May 19; 357(9268):1565-70.
21. Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Villar J. Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. WHO Antenatal Care Trial Research Group. Paediatr Perinat Epidemiol 1998 Oct;12 Suppl 2:7-26
22. Clement S, Candy B, Sikorski J, Wilson J, Smeeton N. Does reducing the frequency of routine antenatal visits have long term effects? Follow up of participants in a randomised controlled trial. Br J Obstet Gynaecol. 1999 Apr;106(4):367-70.
23. McDuffie RS Jr, Bischoff KJ, Beck A, Orleans M. Does reducing the number of prenatal office visits for low-risk women result in increased use of other medical services? Obstet Gynecol 1997 Jul;90(1):68-70

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 82

24. Ward N, Bayer S, Ballard M, Patience T, Hume RF, Calhoun BC. Impact of prenatal care with reduced frequency of visits in a residency teaching program. J Reprod Med 1999 Oct;44(10):849-52
25. Binstock MA, Wolde-Tsadik G. Alternative prenatal care. Impact of reduced visit frequency, focused visits and continuity of care. J Reprod Med 1995 Jul;40(7):507-12
26. Murira N, Munjanja SP, Zhanda I, Nystrom L, Lindmark G. Effect of a new antenatal care programme on the attitudes of pregnant women and midwives towards antenatal care in Harare. Cent Afr J Med. 1997 May;43(5):131-5.
27. Walker DS, Koniak-Griffin D. Evaluation of a reduced-frequency prenatal visit schedule for low-risk women at a free-standing birthing center. J Nurse Midwifery. 1997 Jul-Aug;42(4):295-303.
28. American Board of Family Practice-Reference Guide-Prenatal Care, 8th edition, 2001, pg.4-10
29. Munteanu I, Anastasiu D. Consultația prenatală în depistarea și dispensarizarea sarcinii cu risc crescut în Tratat de obstetrică sub redacția Munteau I.Ed Academiei Române, Bucuresti 2000: 1355-64
30. Georgescu-Brăila M, Berceanu S. Obstetrică — partea I-a, Ed. AIUS, Craiova, 1996
31. American College of Obtetricians and Gynecologists. Teratology. Technical bulletin no. 236, April, 1997
32. Cline MK, Bailey-Dorton C, Cayelli M. Maternal infections: Diagnosis and management.Prim Care 2000, 27(1):13-33
33. Odendaal H: Supravegherea și ingrijirea sarcinii in Tratat de obstetrica sub redactia Munteau I.Ed Academiei Romane, Bucuresti 2000: 339-44
34. Delgado-Rodriguez M, Gomez-Olmedo M, Bueno-Cavanillas A, Galvez-Vargas R. Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate use of prenatal care-Prev Med 1997 Nov-Dec; 26(6): 834-8
35. Hedin LW, Janson PO. The invisible wounds: the occurrence of psychological abuse and anxiety compared with previous experience of physical abuse during the childbearing year- J Psychosom Obstet Gynaecol 1999 Sep; 20(3): 136-44
36. Wright A, Walker J. Drugs of abuse in pregnancy- Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2001 Dec; 15(6): 987
37. Davis L: Daily fetal movement counting: a valuable assessment tool: J Nurs Midwifery, 1987,32:11-19
38. Valentin L, Marsal K, Wahlgren L. Subjestive recording of fetal movements. Screening of a pregnant population; the clinical significance of decreased fetal movement counts. Acta Obstet Gynecol Scand, 1986, 65: 753-58

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 83

39. Sadovsky E, Yaffe H. Daily fetal movement recording and fetal prognosis. Obstet Gynecol, 1973, 41: 845-50
40. American Board of Family Practice.Reference Guide-Prenatal Care, 8th edition, 2001, pg.10-11
41. Hrubaru N, Costa S. Modificari cutanate in Tratat de obstetrica sub redactia Munteau I.Ed Academiei Romane, Bucuresti 2000, pg. 247-248
42. European Society of Hypertension.European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. 2003
43. Costa S. Modificări osteoarticulare și musculare în Tratat de obstetrică sub redacția Munteau I.Ed Academiei Romane, București 2000, pg. 252-253
44. Pricop M. Aparat cardiovascular în Tratat de obstetrică sub redacția Munteau I.Ed Academiei Române, București 2000, pg.258-260
45. Dajani AS, Taubert KA, Wilson W, et al. Prevention of bacterial endocarditis: Recomandation by the American Heart Association. JAMA 1997; 277(22): 1974-1818
46. Anastasiu D. Aparat digestiv în Tratat de obstetrică sub redacția Munteau I.Ed Academiei Române, București 2000, pg.266-268
47. Raca N, Mureșan C. Glande endocrine în Tratat de obstetrică sub redacția Munteau I.Ed Academiei Romane, București 2000, pg.268-272
48. Ancăr V, Ionescu C. Obstetrică, Ed. Medicală Națională, 2000, pg. 73-83
49. Luca N, Crișan N. Consultația prenatală,Editura Medicală, București 1992, pg.21-22
50. ICSI.Health Care Guideline. Routine Prenatal Care, 2002 Aug, pg.35
51. Polley BA, Wing RR, Sims CJ. Randomized controlled trial gain in pregnant women. Int J Obes Relat Metab Disord 2002 Nov; 26(11): 1494-502
52. Levine RJ, Ewell MG, Hauth JC, Curet LB, Catalano PM, Morris CD,et al. Should the definition of preeclampsia include a rise in diastolic blood pressure of "=15 mmHg to a level " 90 mmHg in association with proteinuria ? Am J Obstet Gynecol 2000; 183:787-792.
53. Helewa ME, Burrows RF, Smith J, Williams K, Brain P, Rabkin SW.Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 1. Definitions, evaluation and classification of hypertensive disorders in pregnancy. Can Med Assoc J 1997; 157:715-725.
54. Gardosi J, Francis A. Controlled trial of fundal height measurement plotted on customized antenatal growth charts. Br J Obstet Gynaecol 1999 Apr; 106(4): 309- 17
55. Euans DW, Connor PD, Hahn RG, Rodney WM, Arheart KL. A comparison of manual and ultrasound measurements of fundal height. J Fam Pract. 1995 Mar;40(3):233-6

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 84

56. Grover V, Usha R, Kalra S, Sachdeva S. Altered fetal growth: antenatal diagnosis by symphysis-fundal height in India and comparison with western charts. Int J Gynaecol Obstet. 1991 Jul;35(3):231-4.
57. Blackadar CS, Viera AJ. A retrospective review of performance and utility of routine clinical pelvimetry. Fam Med. 2004 Jul; 36(7):505-7.
58. Marcopito LF. Roll-over test in primigravidae attending a public primary care service.Marcopito LF.Rev Paul Med 1997 Sep-Oct; 115(5):1533-6
59. Mahomed K, Lasiende OO. The roll over test is not of value in predicting pregnancy induced hypertension. Paediatr Perinat Epidemiol 1990 Jan;4(1):71-5
60. Okonofua FE, Odunsi AO, Hussain S, O'Brien PM.Evaluation of the roll over test as predictor of gestational hypertension in African women. Int J Gynaecol Obstet 1991 May;35(1):37-40
61. Conde-Agudelo A, Lede R, Belizan J.Centro Rosarino de Estudios Perinatales, Rosario, Argentina. Evaluation of methods used in the prediction of hypertensive disorders of pregnancy Obstet Gynecol Surv 1994 Mar;49(3):210-22
62. Mollison PL, Engelfried CP, Contreras M. Transfusion in oligaemia. In Blood transfusion in clinical medicine,9th ed.Boston:Blackwell Scientific Publications, 48-75, 1987.
63. Lumbiganon P, Piaggio G, Villar J, Pinol A, Bakketeig L, Bergsjo P, Al-Mazrou Y, Ba'aqeel H, Belizan JM, Farnot U, Carroli G, Berendes H; WHO Antenatal Care Trial Research Group. The epidemiology of syphilis in pregnancy. Int J STD AIDS 2002 Jul;13(7):486-9
64. Lumbiganon P. Appropriate technology: antenatal care. Int J Gynaecol Obstet 1998 Dec;63 Suppl 1:S91-5
65. Centers for Disease Control and Prevention. Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. MMWR Recomm Rep 2001 Nov 9;50(RR-19):63-85; quiz CE1-19a2-CE6-19a2
66. U.S. Public Health Service recommendations for human immunodeficiency virus counseling and voluntary testing for pregnant women. MMWR Recomm Rep 1995 Jul 7;44(RR-7):1-15
67. Pappagallo S, Bull DL. Operational problems of an iron supplementation programme for pregnant women: an assessment of UNRWA experience. Bull World Health Organ. 1996;74(1):25-33.
68. American College of Obstetricians and Gynecologists.ACOG Techincal Bulletin Number 160: Immunization during pregnancy. Int J Gynecol Obstet 40: 69-79, 1993

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 85

69. Coria-soto IL, Bobadilla JL, Notzon F. The effectiveness of antenatal care in preventing intrauterine growth retardation and low birth weight due to preterm delivery. Int J Qual Health Care 1996 Feb;8(1):13-20
70. Murray N, Homer CSE, Davis GK, Curtis J, Mangos G, Brown MA. The clinical utility of routine urinalysis in pregnancy: a prospective study MJA 2002 177 (9): 477-480
71. Sacks DA, Chen W, Wolde-Tsadik G, Buchanan TA. Fasting plasma glucose test at the first prenatal visit as a screen for gestational diabetes. Obstet Gynecol. 2003 Jun;101(6):1197-203.
72. Shushan A, Samueloff A. Correlation between fasting glucose in the first trimester and glucose challenge test in the second. Obstet Gynecol. 1998 Apr;91(4):596-9.
73. Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei. Rețeaua de Dispensare Santinelă MEDINET, Ed. Brumar, Timișoara, 2004.
74. Rogoszewski M, Grudzien J, Szuscik P. Usefulness of examining the vaginal ecosystem and its importance in threatening premature labor. Wiad Lek. 2003;56(7-8):333-6.
75. Leitich H, Bodner-Adler B, Brunbauer M, Kaider A, Egarter C, Husslein P. Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2003 Jul;189(1):139-47.
76. Flynn CA, Helwig AL, Meurer LN. Bacterial vaginosis in pregnancy and the risk of prematurity: a meta-analysis. J Fam Pract. 1999 Nov;48(11):885-92.
77. Guise JM, Mahon SM, Aickin M, Helfand M, Peipert JF, Westhoff C. Screening for bacterial vaginosis in pregnancy. Am J Prev Med. 2001 Apr;20(3 Suppl):62-72.
78. Leitich H, Brunbauer M, Bodner-Adler B, Kaider A, Egarter C, Husslein P. Antibiotic treatment of bacterial vaginosis in pregnancy: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2003 Mar;188(3):752-8.
79. Wallon M, Liou C, Garner P, Peyron F. Congenital toxoplasmosis: systematic review of evidence of efficacy of treatment in pregnancy.BMJ. 1999 Jun 5;318(7197):1511-4.
80. Peyron F, Wallon M, Liou C, Garner P.Treatments for toxoplasmosis in pregnancy (Cochrane Review).From The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK
81. Eskild A, Oxman A, Magnus P, Bjorndal A, Bakketeig LS. Screening for toxoplasmosis in pregnancy: what is the evidence of reducing a health problem ?J Med Screen. 1996;3(4):188-94
82. Foulon W. Congenital toxoplasmosis: is screening desirable ? Scand J Infect Dis Suppl. 1992;84:11-7

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 86

83. ACOG practice bulletin. Prevention of Rh D alloimmunization. Number 4, May 1999 (replaces educational bulletin Number 147, October 1990). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. American College of Obstetrics and Gynecology. Int J Gynaecol Obstet 1999 Jul;66(1):63-70
84. Gribble RK, Fee SC, Berg RL. The value of routine urine dipstick screening for protein at each prenatal visit. Am J Obstet Gynecol 1995 Jul;173(1):214-7
85. Perucchini D, Fischer U, Spinas GA,Huch R,Huch A,Lehmann R. Using fasting plasma glucose concentrations to screen for gestational diabetes mellitus: prospective population based study. *BMJ* 1999;319:812-815
86. Sacks DA, Greenspoon JS, Fotheringham N. Could the fasting plasma glucose assay be used to screen for gestational diabetes? J Reprod Med. 1992 Nov;37(11):907-9.
87. Reichelr AJ,Spichler ER,Branchtein L,Nucci LB,Franco LJ, Schmidt MI.Fasting Plasma Glucose Is a Useful Test for the Detection of Gestational Diabetes.Diabetes Care 1998;21:1246-1249
88. Haddow JE, Palomaki GE, Knight GJ, et al. "Prenatal screening for Down's syndrome with use of maternal serum markers." N Engl J Med 327:588-93, 1992.
89. Hulten M.Combined serum and nuchal translucency screening in the first trimester achieves 85% to 90% detection rate for Down and Edward syndromes. Evidence-based Healthcare (2004) 8, 82-84
90. Biggio R, Morris TC, Owen J, Stringer JSA. An outcomes analysis of five prenatal screening strategies for trisomy 21 in women younger than 35 years. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2004) 190, 721e9
91. Shipp DT, Benacerraf BR.Second trimester ultrasound screening for chromosomal abnormalities .Prenat Diagn 2002; 22: 296-307.
92. Conde-Agudelo A, Kafury-Goeta AC. Triple-marker test as screening for Down syndrome: a meta-analysis. Obstet Gynecol Surv. 1998 Jun;53(6):369-76.
93. Bahado-Singh RO, Oz AU, Gomez K, et al. Combined ultrasound biometry, serum markers and age for Down syndrome risk estimation.Ultrasound Obstet Gynecol 15:199-204, 2000 (IIb)
94. Souter VL, Nyberg DA, El-Bastawissi A, Zebelman A, Luthhardt F, Luthy DA. Correlation of ultrasound findings and biochemical markers in the second trimester of pregnancy in fetuses with trisomy 21, Prenat Diagn 2002; 22: 175-182.

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 87

95. Seeds JW. The routine or screening obstetrical ultrasound examination. Clin Obstet Gynecol 1996 Dec;39(4):814-30
96. Gezer A, Esen F, Erdem B, Mutlu H, Kahraman N, Ocak V. Early first trimester ultrasound examination. Is it really efficient in the clinical management of the pregnancy? Arch Gynecol Obstet 2002 Dec;267(2):76-80
97. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane Review) From The Cochrane Library, Issue 2, 2003.
98. Bricker L, Neilson JP.Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation) (Cochrane Review) The Cochrane Library, Issue 2, 2003.
99. Folic acid for the prevention of neural tube defects. American Academy of Pediatrics. Committee on Genetics. Pediatrics 1999 Aug; 104(2 Pt 1):325-7
100. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects (Cochrane Review) The Cochrane Library, Issue 2, 2003.
101. Marti-Carvajal A, Pena-Marti G, Comunian G, Munoz S. Prevalence of anemia during pregnancy: results of Valencia (Venezuela) anemia during pregnancy study. Arch Latinoam Nutr. 2002 Mar;52(1):5-11.
102. Milman N, Byg KE, Agger AO. Hemoglobin and erythrocyte indices during normal pregnancy and postpartum in 206 women with and without iron supplementation. Acta Obstet Gynecol Scand 2000 Feb;79(2):89-98
103. Mahomed K.Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review) The Cochrane Library, Issue 2, 2004
104. Erkkola M, Karppinen M, Jarvinen A, Knip M, Virtanen SM. Folate, vitamin D, and iron intakes are low among pregnant Finnish women. Eur J Clin Nutr. 1998 Oct;52(10):742-8.
105. Galloway R, Dusch E, Elder L, Achadi E, Grajeda R, Hurtado E, Favin M, Kanani S, Marsaban J, Meda N, Moore KM, Morison L, Raina N, Rajaratnam J, Rodriquez J, Stephen C. Women's perceptions of iron deficiency and anemia prevention and control in eight developing countries. Soc Sci Med. 2002 Aug;55(4):529-44
106. Sloan NL, Jordan E, Winikoff B. Effects of iron supplementation on maternal hematologic status in pregnancy. Am J Public Health 2002 Feb;92(2):288-93
107. Mahomed K. Iron supplementation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000117

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 88

108. Jaime-Perez JC, Gomez-Almaguer D. Iron stores in low-income pregnant Mexican women at term. Arch Med Res. 2002 Jan-Feb;33(1):81-4.
109. Savoie N, Rioux FM. Impact of maternal anemia on the infant's iron status at 9 months of age. Can J Public Health. 2002 May-Jun;93(3):203-7.
110. Pita Martin de Portela ML, Langini SH, Fleischman S, Garcia M, Lopez LB, Guntin R, Ortega Soler CR. Effect of iron supplementation and its frequency during pregnancy. Medicina (B Aires) 1999;59(5 Pt 1):430-6
111. Casparis D, Del Carlo P, Branconi F, Grossi A, Merante D, Gafforio L. Effectiveness and tolerability of oral liquid ferrous gluconate in iron-deficiency anemia in pregnancy and in the immediate post-partum period: comparison with other liquid or solid formulations containing bivalent or trivalent iron. Minerva Ginecol. 1996 Nov;48(11):511-8.
112. Hess SY, Zimmermann MB, Brogli S, Hurrell RF. A national survey of iron and folate status in pregnant women in Switzerland. Int J Vitam Nutr Res. 2001 Sep;71(5):268-73.
113. Blot I, Diallo D, Tchernia G. Iron deficiency in pregnancy: effects on the newborn. Curr Opin Hematol. 1999 Mar;6(2):65-70.
114. Dahlman T, Sjoberg HE, Bucht E. Calcium homeostasis in normal pregnancy and puerperium. A longitudinal study. Acta Obstet Gynecol Scand. 1994 May;73(5):393-8.
115. Akhter K, Rahman MS, Ahmed S, Ahmed A, Alam SM. Serum calcium in normal pregnant women. Mymensingh Med J. 2003 Jan;12(1):55-7.
116. Ortega RM, Martinez RM, Quintas ME, Lopez-Sobaler AM, Andres P. Calcium levels in maternal milk: relationships with calcium intake during the third trimester of pregnancy. Br J Nutr. 1998 Jun;79(6):501-7.
117. The National Institutes of Health Consensus Development Conference on Optimal Calcium. Optimal calcium intake. Nutrition. 1995 Sep-Oct;11(5):409-17.
118.Nowson CA, Margerison C. Vitamin D intake and vitamin D status of Australians. Med J Aust. 2002 Aug 5;177(3):149-52.
119. Brooke OG, Brown IR, Bone CD, Carter ND, Cleeve HJ, Maxwell JD, Robinson VP, Winder SM. Vitamin D supplements in pregnant Asian women: effects on calcium status and fetal growth. Br Med J. 1980 Mar 15;280(6216):751-4.
120. Maxwell JD, Ang L, Brooke OG, Brown IR. Vitamin D supplements enhance weight gain and nutritional status in pregnant Asians. Br J Obstet Gynaecol. 1981 Oct;88(10):987-91.
121. Mahomed K, Gţlmezoglu AM. Maternal iodine supplements in areas of deficiency (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2004

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 89

122. Wu T, Liu GJ, Li P, Clar C. Iodised salt for preventing iodine deficiency disorders (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004.
123. Zavaleta N, Caulfield LE, Garcia T. Changes in iron status during pregnancy in peruvian women receiving prenatal iron and folic acid supplements with or without zinc. Am J Clin Nutr. 2000 Apr; 71(4):956-61.
124. Makrides M, Crowther CA Magnesium supplementation in pregnancy (Cochrane Review)
125. Kulier R, de Onis M, Gulmezoglu AM, Villar J. Nutritional interventions for the prevention of maternal morbidity. Int J Gynaecol Obstet 1998 Dec;63(3):231-46
126. Mathews F, Yudkin P, Neil A. Influence of maternal nutrition on outcome of pregnancy: prospective cohort study. BMJ 1999 Aug 7; 319(7206):339-43
127. Mahomed K, Gulmezoglu AM. Pyridoxine (vitamin B6) supplementation in pregnancy (Cochrane Review).The Cochrane Library, Issue 2, 2003
128. Ramakrishnan U, Gonzalez-Cossio T, Neufeld LM, Rivera J, Martorell R. Multiple micronutrient supplementation during pregnancy does not lead to greater infant birth size than does iron-only supplementation: a randomized controlled trial in a semirural community in Mexico. Am J Clin Nutr. 2003 Mar;77(3):720-5.
129. Christian P, Khatry SK, Katz J, Pradhan EK, LeClerq SC, Shrestha SR, Adhikari RK, Sommer A, West KP Jr. Effects of alternative maternal micronutrient supplements on low birth weight in rural Nepal: double blind randomised community trial. BMJ. 2003 Mar 15;326(7389):571.
130. Ramakrishnan U, Neufeld LM, Gonzalez-Cossio T, Villalpando S, Garcia-Guerra A, Rivera J, Martorell R. Multiple micronutrient supplements during pregnancy do not reduce anemia or improve iron status compared to iron-only supplements in Semirural Mexico. J Nutr. 2004 Apr;134(4):898-903.
131. Christian P, West KP, Khatry SK, Leclerq SC, Pradhan EK, Katz J, Shrestha SR, Sommer A. Effects of maternal micronutrient supplementation on fetal loss and infant mortality: a cluster-randomized trial in Nepal. Am J Clin Nutr. 2003 Dec;78(6):1194-202.
132. Dimitrov A, Krusteva K, Nikolov A, Tsankova M, Nashar S. Supplemental multivitamin and multimineral preparations during normal pregnancy-effect on a fetus and delivery. Akush Ginekol (Sofiia). 2002;41(3):3-6.
133. Chiotan M, Arama V, Dragan M, Rebedea I. Gripa.Ghid de diagnostic și tratament.www.cmr.ro/pdf/ghid1/gripa.pdf

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 90

134. Centers for Disease Control and Prevention (2002). General Recommendations on Immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP). MMWR February 8, 2002/51(RR02); 1-36.
135. Alexandrescu V.Vaccinarea antigripală în sezonul 2003-2004 Viata Medicală nr. 42 (720) anul XV 17 octombrie
136. Centers for Disease Control and Prevention (2001). Prevention and Control of Influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 50(RR04): 1-46.
137. Crowther C, Middleton P.Anti-D administration after childbirth for preventing Rhesus alloimmunisation(Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004.
138. McCaw-Binns A, La Grenade J, Ashley D. Under-users of antenatal care: a comparison of non-attenders and late attenders for antenatal care, with early attenders. Soc. Sci. Med., 1995, Apr; 40(7):1003-12
139. Rochester Community Practice Guideline - Obstetrics: Prenatal Care, 2002, September, pg. 7-8
140. I.O.M.C. Ghidul femeii gravide. Bucuresti, Romania, 1999
141. Beck WW. Obstetrica şi Ginecologie, editia IV. Ed.Med.Amaltea, 1998
142. Reynolds KD, Coombs DW, Lowe JB, Peterson PL, Gayson E. Evaluation of self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. Int J Addict 1995 Mar; 30(4): 427-43
143. Lumley J, Oliver S, Waters E: Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy(Cochrane Rewiew). The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford
144. Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, et al. Reducing smoking during pregnancy and postpartum: physicians' advice supported by individual counseling. Prev Med 1998, 27: 422-30
145. NICE. Antenatal care routine for the healthy pregnant woman.Clinical Guideline, Octomber 2003.
146. Duley L, Henderson-Smart D: Reduced salt intake compared to dietary salt, or high intake, in pregnancy (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford
147. Kramer MS. Energy- protein restriction for high weigh-for-heigh or weigh gain during pregnancy (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford
148. Kramer MS. Maternal antigen avoidance during pregnancy for preventing atopic disease in infants of women at high risk (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford

ghid prenatal corect.qxd 28.04.2005 14:44 Page 91

149. ACOG Committee opinion. Number 267, January 2002: exercise during pregnancy and the postpartum period. Obstet Gynecol 2002 Jan; 99(1): 171-3
150. Shipman MK, Boniface DR, Tefft ME, McCloghry F. Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomized controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1997, Jul; 104(7): 787-91
151. McFarlane J, Parker B, Soekenk et al. Assesing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. Jama, 267:3176-78, 1992
152. Berghella V, Klebanhoff M, McPherson C. Sexual intercourse association with asymptomatic bacterial vaginosis and Trichomonas vaginalis treatment in relationship to preterm birth. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002;187:1277-82.
153. Hodnett E. Caregiver support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD000199
154. Russel BK, Aviles M, Brion LP. Relatioship between perinatal counseling and incidence of breastfeeding in an inner-city population. J Perinatol 19:201-04, 1999
155. Păun R. Tratat de Medicina Internă-Boli de metabolism și nutriție. Editura Medicală, Bucuresti, 1986; pg.989-991